Мягков И.Ф., Боков С.Н. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии. уч. для ВУЗов. М., 1999. 232 с.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Вторая половина XX века отмечена крупными успехами в целостном - его называют еще холистическим - изучении и понимании человека, когда телесные, соматические состояния и процессы рассматриваются в тесном единстве и взаимообусловленности с душевными, психическими состояниями и процессами.

В числе наук, развивающих современные подходы к познанию человеческой личности, выделяется медицинская психология, специфическим предметом которой является исследование патологических психических состояний и процессов, в том числе и в их соматических проявлениях, с одной стороны, и психологических проявлений и последствий патологических соматических процессов и явлений - с другой. К настоящему времени она сложилась в относительно самостоятельную область знаний, опирающуюся на обширный корпус экспериментальных данных и полученных на основе их обобщения закономерностей.

Современная медицинская психология располагает солидным методологическим и методическим аппаратом, позволяющим получать надежные практические рекомендации, необходимые для эффективной диагностики и лечения различных заболеваний, а также для этически и социально оправданного воздействия на мышление и поведение людей с целью их адаптации к меняющимся условиям жизни, нормализации психологического климата в трудовых и иных коллективах, рациональной организации различных видов деятельности и, наконец, для обучения и воспитания детей, молодежи и взрослых. Теоретические и экспериментальные исследования в области медицинской психологии питают своими результатами психологическую науку, медицину и педагогику, а использование ее прикладных выводов помогает в профессиональной деятельности психологов, врачей, социальных работников, воспитателей, учителей и преподавателей, многих других категорий специалистов, имеющих дело с людьми.

Растущее значение медицинской психологии обусловило распространение ее преподавания в высших учебных заведениях. В системе психологического образования она является одной из ключевых дисциплин, без которых немыслима подготовка современного психолога широкого профиля, способного как к исследовательской, так и к практической работе в области образования, в сфере управления, в социальных службах и др. Одновременно медицинская психология представляет собой одну из самых перспективных областей специализации психологов, выбравших исследовательскую и практическую работу в здравоохранении. Помощь медицинского психолога очень часто бывает насущно необходима для диагностики и выработки рациональных рекомендаций при лечении широкой гаммы заболеваний, коренящихся в патологических изменениях во внутреннем мире личности либо вызывающих их. Она всегда бывает полезна для определения дифференцированных, учитывающих индивидуальные особенности пациентов методик лечения, повышая эффективность медицинской помощи в целом.

Столь важная роль медицинской психологии для практического здравоохранения определила настоятельную потребность ее изучения будущими врачами. Обосновывая необходимость основательной психологической подготовки медицинских кадров, И.П. Павлов, в частности, отмечал: "Благодаря психологии я могу себе представить сложность данного субъективного состояния... посмотреть, войти в субъективное состояние другого, "вчувствоваться", "вмыслиться" (Павловские среды. - М.-Л., 1949. Т 2. С. 416). Болезнь всегда индивидуальна, она поражает конкретного человека и чтобы найти средства для ее исцеления врач должен представлять себе не только внешнюю, но и внутреннюю картину болезни, видеть возможные психологические предпосылки и последствия патологических процессов, понимать измененную болезнью личность пациента. Анализ жалоб и собирание анамнеза, соматическое и психиатрическое обследования, проведение всех видов экспертиз, назначение и осуществление этиологической и патогенетической дифференцированной терапии, решение вопросов выздоравливающих - все это требует от врача углубленного проникновения в личность больного.

В отечественной системе высшего медицинского образования преподавание медицинской психологии было введено с 1965/1966 учебного года. В 1967 году увидел свет и первый отечественный учебник по этой дисциплине (Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Медицинская психология: Учебник для студентов медицинских институтов. - М.: Медицина, 1967. 240 с.). В дальнейшем изучение медицинской психологии было укреплено благодаря организации наряду с лекционными обязательных практических занятий.

Важно констатировать: улучшение психологической подготовки медицинских кадров позитивно сказалось на развитии практического здравоохранения. Во многих лечебных учреждениях, прежде всего в психиатрических и неврологических клиниках, созданы и успешно работают кабинеты и отделения медицинской психологии. В особенно тесном сотрудничестве с медицинской психологией развиваются авиационная, космическая и экстремальная медицина, требующая повышенного внимания к внутреннему миру личности.

Самая широкая сфера применения медицинской психологии - это, безусловно, педагогика, дошкольное, начальное и общее среднее образование. Правильная постановка работы психологических служб в образовательных учреждениях позволяет обеспечить предупреждение, раннее выявление и полноценную коррекцию дезадаптивных состояний и психогенных форм отклоняющегося (девиантного) поведения детей, подростков и юношества. В свою очередь, это сулит благоприятные перспективы для улучшения здоровья и качества жизни всего населения, ибо своевременная психологическая помощь в раннем возрасте весьма надежно предупреждает развитие как психических, так и соматических патологий, остро проявляющихся у взрослых. И хотя названная задача пока решается лишь частично, уже сегодня медицинская психология играет значительную роль в диагностике задержек и нарушений развития личности, в определении содержания и методов специального обучения и воспитания этой категории детей и подростков.

Еще одно перспективное направление использования медицинской психологии в сфере образования наметил известный отечественный психолог К.К. Платанов. Речь идет о предотвращении, снижении числа и излечении так называемых дидактогенных, т.е. вызванных нарушениями нормального хода обучения и воспитания, заболеваний и невротических состояний. В наши дни, когда в системе образования идет активный поиск нового содержания и методов обучения, кардинально изменяющих устоявшиеся параметры педагогической среды, когда на обстановку в коллективах учебных заведений воздействуют неоднозначные социальные и культурные процессы, а в учебный процесс вторгаются новые информационные технологии, оказывающие малоизученное влияние на внутренний мир личности, значение медицинской психологии в профессиональной подготовке школьных психологов и педагогов еще более возросло.

Известно, однако, что уровень преподавания и изучения медицинской психологии в высших учебных заведениях далеко не отвечает роли этой дисциплины в профессиональной деятельности специалистов. Во многом это связано с нехваткой современной учебной и научной литературы. Достаточно сказать, что с 1967 г. не было издано ни одного учебника по медицинской психологии. В создавшихся условиях постановка ее изучения всецело определяется квалификацией профессорско-преподаватель-ского состава конкретного вуза, факультета, кафедры. Но лишь незначительная часть преподавателей располагает возможностями пополнять свои знания путем непосредственного участия в научных исследованиях, масштабы которых также существенно сократились.

Настоящий учебник призван восполнить пробел в учебной литературе по медицинской психологии и дать систематическое руководство как для ее изучения студентами, так и для организации учебного процесса преподавателем. Учебник рассчитан на использование при подготовке кадров по тем специальностям и направлениям, где изучение медицинской психологии предусмотрено государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования. А это, как известно, специальности группы 030000 "Образование",

группы 040000 "Здравоохранение", а также "Психология" и близкие ей гуманитарно-социальные специальности группы 020000.

Учебник разработан как на основе собственного опыта исследовательской и преподавательской работы авторов, так и на базе изучения и обобщения опыта постановки курсов медицинской психологии в отечественных и зарубежных вузах. Содержание учебного материала отобрано с учетом места дисциплины в системе подготовки конкретных категорий специалистов и поэтому предполагает опору на ранее приобретенные знания в области общей психологии, педагогики, основополагающих медико-биологических дисциплин. Вместе с тем, представляя себе различия в фундаментальном образовании разных категорий специалистов, авторы сочли возможным предпослать основной проблематике курса своего рода введение - сжатое систематическое изложение некоторых общих вопросов. Недостаток современной учебно-методической документации, отражающей новые образовательные стандарты, побудил также включить в состав учебника не только вопросы для контроля знаний студентов, но и учебную программу дисциплины.

Авторы не считают свой труд завершенным и будут благодарны за замечания к учебнику и предложения по его доработке, которые просят направлять в адрес издательства.

И последнее. Человечество вступает в XXI век, который не без основания видится как новая эпоха в развитии цивилизации. Обдумывая перспективы наступающего столетия, многие видные ученые и специа-листы-футурологи пришли к мысли о том, что грядущая эпоха может состояться только как эпоха наук о человеке. Медицинская психология - это, безусловно, одна из тех ключевых для XXI столетия наук, применение которых будет бурно расширяться на пользу общества и личности. Хотелось бы, чтобы издание настоящего учебника способствовало этому благотворному процессу. ВВЕДЕНИЕ В МЕДИЦИНСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ

1. ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В РОССИИ

История психологической науки с особой рельефностью отражает эволюцию взглядов на природу сознания и всей духовной жизни человека. На заре науки (VI-IV вв. до н.э.) в философии уже отчетливо звучало натуралистическое направление мысли. Об этом можно судить по трудам Демокрита, Эмпедокла, Лукреция, Эпикура и др. Уже тогда многие считали, что мозг является "седалищем души" (Алкмеон из Кротона), "средоточием психической деятельности" (Пифагор), а психические болезни - результатом нарушения работы мозга (Гиппократ, Гален).

Но уже в то время натуралистической точке зрения противопоставил свои взгляды Платон (427-347 гг. до н.э.), выступивший с метафизическим учением о душе как идеальной сущности. Его ученику, Аристотелю (384-322 гг. до н.э.), критиковавшему своего учителя, хотя и не ставшему последовательным материалистом, принадлежит первый известный истории труд по вопросам психологии - трактат "О душе".

Аристотель полагал, что у всего, что растет и развивается, есть душа (от греч. psyche - психе). Она включает три части: душу растительную (ведает функциями питания, размножения), душу чувствующую, животную (чувство осязания, боли, удовольствия) и душу разумную. Следовательно, у растений имеется только растительная душа, у животных - растительная и чувствующая, а у человека - все три ее разновидности. Аристотель не отрицал, что разнообразные изменения разумной души всегда влекут за собой соответствующие сдвиги в душе животной. Разумная душа, по мнению Аристотеля, - это регулирующий принцип речи, поведения человека, вообще всех жизненных процессов.

Платон и Аристотель считали, что душа может существовать вне всякой связи с телом, ибо имеет божественное происхождение, следовательно, познать ее нельзя, это лежит за пределами человеческих возможностей.

Аристотель в своих работах пользовался, в частности,такими понятиями, как ощущение, память, мышление, чувства, произвольные и непроизвольные движения и пр. Однако специального выделения этих психологических категорий с целью изучения их в рамках отдельной научной дисциплины ни у него, ни у его последователей не было. Как и раньше, их продолжали трактовать в свете философских проблем.

Несколько иную трактовку "высшему движущему началу" давала древняя индийская философия, предполагая существование "самосветящегося света сознания".

Взгляды Платона длительное время господствовали в науке вообще и в вопросах изучения душевной деятельности человека в частности. Объясняется это тем, что воззрения философов-идеалистов древности были приняты официальной христианской религией, пользовавшейся неограниченным господством вплоть до XVII-XVIII века. Но ученые и мыслители, в частности врачи, неоднократно делали попытки установить связи между душой и телом и даже говорили об особой науке "пнеуматологии", хотя уже с X века иногда употребляли термин "психология".

В дальнейшем все более пристальное внимание стали уделять изучению отдельных свойств и качеств психической деятельности. Исследования человеческого рассудка, памяти, ощущений, ассоциаций и т.д. опирались в основном на метод самонаблюдения. Тем не менее некоторые ученые высказывали довольно верные предположения и мысли. Так, Абу Али Хуссейн Ибн Сина из Бухары, более известный под именем Авиценны (980-1037), писал: "Воспринятые памятью явления принимаются воображением, докладываются мышлению, а мышление по обязанности устанавливает правильность или неправильность запечатленного явления и оставляет его в памяти для того, чтобы в нужный момент обращаться к нему".

Развитие науки, техники и искусств в эпоху Возрождения, естественно, привело к появлению новых веяний и в учении о душе и теле. Все чаще и чаще высказывались мысли о том, что "мышление есть свойство материи" (Дж. Локк, П.Ж.Ж. Кабанис).

Эволюционное учение, развитое Чарлзом Дарвином (1809-1882), оказало положительное влияние в отношении становления и развития науки о психике - психологии (этот термин стал общеупотребительным со второй половины XVIII века после работ Христиана Вольфа). Подробно изучались психика животных, "примитивных народов", детская психика, психика при умственном недоразвитии. Пожалуй, самое большое достижение этого периода заключалось в том.что перестали, наконец, игнорировать среду, окружающую человека.

На первых порах к этому подходили довольно механистически. Например, в большом ходу было сравнение человеческой психики и окружающего мира с двумя вплотную вставленными одна в другую чашками. Ни о каком взаимодействии речи не было.

Возражая исследователям, которые не в состоянии были окончательно порвать с дуализмом, Герберт Спенсер (1820-1903) утверждал, что "психическая деятельность соотносительная и заключается в непрерывном приспособлении организмом внутренних его отношений к внешним" и что психические явления нельзя изучать в отрыве от окружающего мира. Томас Гексли (1825-1895), другой последователь Дарвина, подводя итог

уровню науки, говорил: "В наши дни никто из стоящих на высоте современной науки не усомнится в том, что основы психологии надо искать в физиологии нервной системы".

Но тем не менее взгляды философов-идеалистов продолжали замедлять темпы развития психологии.Например.такой крупнейший философ-идеалист, как Иммануил Кант (1724-1804), писал, что к изучению психических процессов "естественнонаучные методы применены быть не могут".

И все же поиски той причины, которая лежит в основе психической деятельности, продолжались. Появились тенденции точно локализовать некоторые психические процессы в определенных местах головного мозга (психоморфологизм). В других исследованиях отстаивалось положение о ведущей роли и всеподчиняющем значении воли и т.д.

Было начато подробное изучение функций эндокринных желез, вегетативной нервной системы, электрофизиологии. Австрийским врачом Францем Галлем (1738-1828) проводилась параллель между строением черепа и особенностями психики человека, его способностями и личностными свойствами. Внимание психологов, как и психиатров, привлекли в дальнейшем работы венского психиатра Зигмунда Фрейда (1856-1939), создателя одного из основных современных направлений психологии - психоанализа, который всю психическую деятельность человека объясняет направляющим влиянием бессознательного, в особенности полового влечения.

После пандемии энцефалита (1915-1920), который, поражая субкортикальные узды, значительно изменял личность, в частности темперамент, стали более пристально и детально исследовать функции подкорковых образований головного мозга.

В результате работ в некоторых областях перечисленных направлений были получены чрезвычайно ценные данные. Наука обогатилась новыми открытиями по физиологии и морфологии органов чувств, нервной системы. Но стремления выяснить истинную причину психической деятельности пока оставались бесплодными.

Много дал психологии экспериментальный метод, начало внедрения которого в психологию было положено Вильгельмом Вундтом (1832-1920). В 1874 году он выпустил книгу "Основы физиологической психологии", а в 1879 году основал в Лейпциге первую лабораторию экспериментальной психологии. Ратуя за перестройку психологической науки на основе эксперимента, Вундт прямо говорил, что подобная перестройка окажется плодотворной лишь при условии исключения понятия о душе, так как душу он понимал с позиций психофизического параллелизма, ярым защитником которого являлся.

Экспериментальные исследования позволили достаточно подробно изучить память, внимание, восприятие, эмоционально-волевую сферу.

В России длительное время в психологии господствовали идеалистические учения, и психология в основном развивалась в русле богословия.

М.В. Ломоносов, А.Н. Радищев, А.И. Герцен, В.Г. Белинский, Н.А. Добролюбов, Н.Г. Чернышевский внесли большой вклад в разработку философских основ материалистического понимания психического.

И.М. Сеченов, воспитанный на трудах мыслителей-гуманистов, создал свою теорию рефлекторной деятельности мозга и опубликовал в 1863 году труд "Рефлексы головного мозга". Так пришла та необходимая помощь, в которой настоятельно нуждалась психология. И.М. Сеченов особое значение придавал медицинской психологии и собирался посвятить ей свой особый труд, о котором писал как о своей "лебединой песне".

И.П. Павлов, развивая положения И.М. Сеченова, разработал оригинальную методику, пользуясь которой стало возможно проникать в сущность рефлекторной функции мозга и подвергать "тщательному анализу основные законы, управляющие всей громадно сложной работой высшего отдела центральной нервной системы". Было доказано,что психические явления - результат условно-рефлекторной деятельности мозга и что условный рефлекс одновременно является и материальным (физиологическим) и идеальным (психическим). Трудами обоих корифеев русской физиологической науки был заложен естественно-научный фундамент психологии, который ей был необходим и без которого она долгие годы не могла перейти от изучения внешнего проявления психики к познанию ее сущности.

Первая экспериментально-психологическая лаборатория в России была открыта В.М. Бехтеревым в 1885 году при медицинском факультете Казанского университета. Там, а в дальнейшем в подобной лаборатории, созданной им в Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге, под его руководством было выполнено более 20 клинико-психологических докторских диссертаций.

В 1896 году такая же лаборатория была организована в Москве в психиатрической клинике С.С. Корсаковым.

Специальный курс психологии для студентов-медиков С.С. Корсаков еще за год до открытия лаборатории поручил читать своему ассистенту А.А. Токарскому, в дальнейшем заведующему лабораторией. Почти одновременно подобные же лаборатории открылись в Одессе, Киеве и Дерпте, где экспериментальные работы по исследованию психически больных проводил В.Ф. Чиж. Во всех случаях психологические кабинеты организовывались на частные пожертвования, так как администрация относилась к этому нововведению более чем холодно.

В 1904 году на заседании Российского общества невропатологов и психиатров была избрана специальная комиссия для рассмотрения и систематизации новейших клинико-психологических методов. В 1908 году А.Н. Бернштейн опубликовал первое в России руководство "Клинические приемы психологического исследования душевнобольных", а в 1911 году вышел в свет "Атлас психологического исследования личности" Ф.Г. Рыбакова.

Надо сказать, что лабораторная аппаратура для исследования психических функций на первых порах была весьма сложной, громоздкой и дорогой. В связи с этим врачи, психологи, физиологи предлагали новые, более простые в употреблении приборы, пробы и тесты. Однако развитие психологии, применение ее методов для изучения психической сферы больных во многом сдерживалось как существенным недостатком средств, так и определенными идеологическими и социально-психологическими трудностями, имевшимися в России в начале нынешнего века. Кроме того, экспериментально-психологические исследования велись с позиций метафизической функциональной психологии, которая не могла проникнуть ни в сущность сознания, ни в сущность личности. Поэтому вполне естественно, что особых успехов отечественная экспериментальная медицинская психология в дореволюционные годы не добилась. Зато в развитии медицинской деонтологии, изучении процессов взаимодействия между врачом и пациентом, отечественными практическими врачами и научными сотрудниками клиник и институтов было сделано многое.

Правда, в то время в России взаимоотношения врача и больного во многом зависели от существовавшего тогда принципа непосредственной оплаты больным труда врача. Такое положение нередко накладывало определенный отпечаток на качество медицинского обслуживания, на психологию больного. Лечебная помощь продавалась и покупалась, что делало ее малодоступной для большей части населения России. Тем не менее подавляющее большинство русских врачей считали служение больному долгом своей совести. Гуманное отношение к заболевшему сочеталось в их работе с искренним стремлением всемерно облегчить его страдания. Передовые отечественные медики изучали не только самого больного, но и его окружение, следуя совету С.П. Боткина, который, определяя задачи медицины, говорил: "... изучение человека и окружающей его природы в их взаимодействии с целью предупреждать болезни, лечить или облегчать...". С.П. Боткин один из первых клиницистов, правильно понявших взаимосвязь морфологии и функции, единства организма и внешней среды, роль нервной системы в течении физиологических и патологических процессов.

Большое влияние на русскую врачебную общественность того времени оказали работы основоположников отечественной клинической медицины. И.Е. Дядьковского, М.Я. Муарова, ГА Захарьина, Н.И. Пирогова, В.П. Об-разцова, В.М. Бехтерева, С.С. Корсакова и других выдающихся ученых и врачей-гуманистов.

До Великой Октябрьской социалистической революции на медицинских факультетах университетов медицинской психологии уделялось чрезвычай^ но мало внимания,

хотя в ряде психиатрических клиник эта дисциплина преподавалась. Вспоминая годы учения, В.В. Вересаев писал: "Жизнь больного человека, его душа были мне совершенно неизвестны; мы баричами посещали клиники, проводя у постели больного по 10-15 минут; мы с

грехом пополам изучали болезни, но о больном человеке не имели даже самого отдаленного представденил".

В первые годы после Великой Октябрьской социалистической революции ситуация значительно изменилась. Уже в 1918 году был организован специальный институт по исследованию детей с недоразвитием психической сферы, названный впоследствии Медико-педологическим институтом. Появилась новая профессия - клинический психолог.

Советская медицинская психология развивалась главным образом в плане клинико-описательных и экспериментально-психологических исследований. Заметно развернулась борьба с идеалистическими направлениями в психологии, субъективистскими методами самонаблюдения. Наряду со значительными положительными достижениями в виде большей объективизации изучаемых явлений, это имело и отрицательные последствия, приведшие в 30-е годы к официальному государственному запрещению отдельных направлений медицинской психологии, что в дальнейшем существенно затормозило становление данной науки.

Развитию медицинской психологии в значительной мере способствовали успехи общей психологии, в частности работы Б.Г. Ананьева, А.Н. Ле-онтьева, С.Л. Рубинштейна, В.Н. Мясищева и др.

В конце 20 - начале 30-х годов дальнейшие исследования отечественных психологов показали, что отражение окружающего мира - не пассивный процесс, что воздействие объектов реальности связано с активной деятельностью человека. Характер деятельности, ее направленность, содержание в значительной степени определяют процесс отражения. Вместе с тем это воздействие, результатом которого является психика, всегда опосреду-ется организмом, его нервной системой. В основе взаимодействия среды и организма лежат механизмы безусловных и условных рефлексов. Воспринятое преломляется в соответствии с особенностями личности человека. Происходит субъективная переработка отраженного объективного мира.

Таким образом, теперь уже речь шла не о том, чтобы устанавливать свойства либо самого организма, либо окружающей его физической и социальной среды, но о том, чтобы изучать процесс, составными частями которого они являются. Взаимодействие организма и среды подразумевает ответные реакции, и они не могут быть предугаданными, если исследователь станет исходить из изучения одного из этих компонентов. Связь между материей и сознанием, что отрицалось спиритуалистами, была экспериментально подтверждена. Диалектический подход дал возможность психологам "понять в одном и том же единстве живое существо и его среду, их постоянное взаимодействие" (А. Валлон, 1956)*. Особенно наглядно это проявилось при изучении общей психопатологии (В.А. Гиляровский, РЛ. Го-лант, Е.А. Попов, А.А. Меграбян и др.), психогенеза заболеваний, изме-
* В данном и подобном случаях в скобках указаны фамилия автора, имеющего основополагающую работу в описываемом направлении, и год издания работы.

нений личности при неврозах, вопросов психотерапии и психопрофидак-тики (Е.К-Краснушкин, М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев, К-К. Платонов и др.).

Широкий размах получило развитие экспериментально-психологических исследований; большинство работ выполнялось с учетом взаимосвязи и взаимообусловленности психических процессов в деятельности человека. Много практически ценных данных получено советскими учеными при исследовании психофизиологии, психологии и психогигиены труда, изучении особенностей

снижения трудоспособности при соматических и нервно-психических заболеваниях, в вопросах трудоустройства и реадатации.

В 30-х и 40-х годах вышел в свет ряд ценных работ по экспериментально-психологическому исследованию речи, мышления (Л.С. Выготский, А.Г. Иванов-Смоленский, М.С. Лебединский и др.), эмоционально-волевой сферы (А.Р. Лурия), по влиянию на работоспособность отношения нервно-психически больных к труду (В.Н. Мясищев и др.) и некоторым иным разделам медицинской психологии.

В период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. и в последующие годы экспериментально-психологические (патопсихологические и нейропсихологические) исследования помогали более рационально решать вопросы трудоспособности и трудоустройства лиц, перенесших травму головного мозга, и восстанавливать пораженные функции.

Серьезным событием в истории отечественной медицинской психологии была Объединенная сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР (1950), посвященная учению И.П. Павлова, умершего еще в 1936 году. Выполняя в большей мере государственно-идеологический заказ, нежели рассматривая действительно научные вопросы, эта сессия во многом затормозила развитие медицинской психологии в Советском Союзе, подменив психологию физиологией.

Возрождение научной психологии в нашей стране началось с середины 50-х годов.

На 1 съезде Общества психологов в 1959 году, на II съезде этого общества в 1963 году и на IV съезде невропатологов и психиатров в 1963 году был представлен ряд докладов, свидетельствовавших о том, насколько важна медицинская психология для клиники (Б.В. Зейгарник, М.С. Лебединский, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищев, К.К. Платонов и др.). В частности, были представлены и обсуждены новые данные по локализации психических функций и о структурном понимании личности. Одной из важных предпосылок к этому явился пересмотр как самого понятия "функция", так и принципов ее локализации. Если раньше функция определялась как свойство, непосредственно связанное с работой определенной группы высокоспециализированных клеток, то в настоящее время почти никто уже не проецирует ту или иную функцию в конкретную анатомическую область головного мозга. А.Р. Лурия так определяет функцию: "...как результат сложной

рефлекторной деятельности, объединяющей в совместной работе "мозаику" из возбужденных и заторможенных участков нервной системы, которые осуществляют анализ и синтез сигналов, доходящих до организма, вырабатывают систему временных связей и обеспечивают тем самым "уравновешивание" организма со средой".

Следовательно, в понятие функции вкладывается новый смысл. Функция рассматривается как весьма сложная приспособительная деятельность организма. В результате этой деятельности становится возможным осуществяение определенной физиологической или психологической задачи. В этом аспекте под локализацией понимается формирование сложных динамических структур, в которые входят отдельные пункты упомянутой "мозаики". В период протекания той или иной функции образуется ряд последовательных и одномоментно возбуждающихся звеньев. При этом каждое звено имеет определенное значение для достижения конечного результата, а так называемые "центры" играют роль "узловых пунктов" динамических структур.

Ко времени рождения ребенка динамические структуры не появляются в готовом виде. Совместная работа определенных корковых зон (речи, слуха, зрения и пр.), начинаясь с раннего детства, в дальнейшем усложняется, динамические структуры формируются в процессе общения и предметной деятельности. Значительный вклад в изучение функционально-динамических структур мозга внес отечественный нейрофизиодог П.К. Анохин.

При рассмотрении вопроса о локализации высших психических функций, таких как память, мышление, сознание и др., следует иметь в виду, что человеческая психика социальна по своему происхождению. Поэтому нет никаких оснований говорить о той или иной жесткой локализации высших психических функций в специальных корковых центрах, ибо социальное не может быть помещено в ту или иную группу клеток и приурочено к их деятельности.

В настоящее время предполагается широкое размещение высших психических функций по всей коре больших полушарий. При этом деятельность "созвучно работающих ганглиозных клеток взаимно совоз-буждающих друг друга" (А.А. Ухтомский, 1953), разделенных в коре анатомически, является физиологической основой высших психических функций.

Окончательно физиологический редукционизм в медицинской психологии был преодолен только в начале 60-х годов. В 1962 году Академией наук СССР, Академией медицинских наук СССР, Академией педагогических наук РСФСР и Министерствами высшего и среднего специального образования СССР и РСФСР было созвано Всесоюзное совещание по философским вопросам физиологии высшей нервной деятельности и психологии. На этом совещании был подведен итог достижениям советской науки в этих направлениях и намечены пути дальнейшего развития психологии, в частности медицинской психологии. Особенно жестко в

постановлении этого совещания ставились задачи борьбы с биологиза-цией человека.

Единое понимание и творческое развитие взглядов философов, психологов, физиологов и психиатров на сущность сознания были достигнуты на Всесоюзном симпозиуме 1966 года.

В 70-80-е годы в ряде городов Советского Союза прочно сформировались крупные научные центры и школы по медицинской психологии, плодотворно разрабатывающие различные направления медико-психологических исследований.

Московские ученые (Б.В. Зейгарник, К.К. Платанов, К.М. Гуревич, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Поляков, Е.Д. Хомская, Ф.Б. Березин, В.В. Николаева и др.) сосредоточили основные усилия на проведении фундаментальных исследований в области психодиагностики. Ими созданы отечественные варианты зарубежных психодиагностических методик (ММР1, методика диагностики межличностных отношений Т. Лири и др.), выполнен целый ряд работ по изучению пато-и нейропсихологических аспектов различных психических и неврологических заболеваний, изменений психической деятельности при хронических соматических заболеваниях, проведены значительные исследования в области психо(нейро)физиологии и т.д.

Ведущим направлением деятельности ленинградской школы медицинской психологии (М.М. Кабанов, А.Е. Личко, Л.И. Вассерман, Б.Д. Карва-сарский, В.К. Мягер, Р.О. Серебрякова и др.) является разработка теоретических основ и практических моделей осуществления реабилитационного процесса в раапичных областях медицины. Спектр конкретных научных исследований ленинградских ученых чрезвычайно велик и включает как проблемы психодиагностики (создание отечественных адаптаций методик диагностики интеллекта у взрослых Д. Векслера, диагностики межличностных отношений у детей Р. Жиля и др.; создание целого ряда оригинальных отечественных психодиагностических методик - патохарак-терологического диагностического опросника для подростков (ПДО), методики для диагностики типов отношения к болезни при соматических и пограничных нервно-психических заболеваниях - ТОБОЛ и др.), так и проблемы организации медико-психологической службы и психосоци-ального обеспечения лечебно-реабилитационного процесса.

Представители киевской научной школы (В.М. Блейхер, Л.Ф. Бурла-чук и др.) занимаются вопросами теории и практики патопсихологичес-кой диагностики, рассматриваемой с общепатологических динамических позиций.

Ученые тбилисской школы (И.Т. Бжалава, С.В. Цуладзе и др.) проводили медико-психологические исследования в свете созданной Д.Н. Уз-надзе теории установки. Ими изучены характерные особенности и динамика установки при неврозах, психических заболеваниях, локальных органических поражениях головного мозга, что внесло весомый вклад в изучение бессознательного отечественными исследователями. По иници-15

ативе тбилисских ученых был проведен первый в нашей стране международный симпозиум по проблемам бессознательного.

Из приведенного краткого исторического обзора видно, какой большой и сложный путь прошла в своем развитии медицинская психология. В этом историческом очерке мы лишь в общих чертах коснулись отдельных психологических проблем. К ним мы будем еще возвращаться в соответствующих разделах учебника.

Будучи неотъемлемой частью как психологии, так и медицины, медицинская психология в своем развитии всегда отражала преобладающие в те или иные периоды времени в психологии и медицине теоретические установки и практические подходы, в свою очередь стимулировавшие возникновение соответствующих медико-психологических диагностических и лечебно-реабилитационных решений.

Одной из наиболее плодотворных теорий медицинской психологии, получившей широкое признание в нашей стране, является теория психологии отношений А.Ф. Лазурского - U.I Я.. Мясищева. Она рассматривает отношения как характерный структурный компонент личности, формирующиеся в процессе деятельности человека. Отношения различаются по своей эмоциональной ценности и социальной значимости. Отношения носят сознательный, приобретенный в результате опыта характер. Наряду с уровнем интеллекта и способностей, уровень отношений в известной мере характеризует развитие личности.

Теория отношений послужила фундаментом для конструирования ряда психодиагностических методик и разработки ряда актуальных проблем отечественной психотерапии, которая рассматривается В.Н. Мясищевым как особая группа методов медицинской психологии - методов психологического воздействия.

Широкое распространение в мире получило бихевиоральное (поведенческое) направление. Согласно этим теориям, болезненные изменения личности, не обусловленные органическими поражениями головного мозга, рассматриваются как результат недостаточности полезных навыков, извращение поведения. Отсюда вытекает, что основная задача поведенческой терапии - перевоспитание пациента, размыкание болезненных условных связей и воспитание полезных навыков. Видными представителями этого направления в медицинской психологии ЯВЯЯЮТСЯ.ДЖ.Б. Уотсон, Г.Й. Ай-зенк.

Столь же большой известностью пользуются и различные варианты психоанализа, рассматривающие психическую деятельность человека в плане постоянной борьбы между сознательным и бессознательным при доминирующем значении последнего. Поведение человека и наблюдающиеся психопатологические симптомы представляются как замаскированные, символические проявления вытесняемых "цензурой" и неприемлемых для сознания низменных инстинктов и влечений. На их основе возникают "комплексы", рассматриваемые как основа невротических и психотических

расстройств. В объяснении психической деятельности в норме и патологии исключительное значение придается сексуальным моментам, регрессии либидо (полового влечения) на проходимые каждым человеком в детстве стадии эротического развития.

В нашей стране в течение нескольких десятилетий существовало отрицательное отношение к психоанализу и только в последние годы вновь появился интерес к нему, чему способствовал и Указ президента РФ № 1044 от 19 июля 1996 года "О возрождении и развитиии психоанализа". Психоанализ лежит в основе многих

широко распространенных в настоящее время методов психотерапии и психокоррекции - гешталытерапии, психодрамы, трансактного анализа и др.

Близким к психоанализу, но не смыкающимся с ним, является еще одно широко распространенное направление медицинской психологии - экзистенциальный анализ (OJL Бинсвангер, Е. Минковски, О. Фишер), в основе которого лежит возникшее в первые десятилетия нашего века известное философское учение. В экзистенциальном анализе психопатологические категории рассматриваются с привлечением категорий пространства, времени. Центральное понятие - человеческое существование, экзистенция, которая выступает как нерасчлененная целостность субъекта и объекта. Экзистенция проявляется в виде заботы, страха, решимости, совести, а они все, в свою очередь, определяются через смерть. Свою сущность (экзистенцию) человек может понять только в ситуациях чрезвычайных - в борьбе, страдании, смерти. Экзистенциальный анализ антинозологичен, он отрицает наличие болезненных расстройств психики как таковых. Поскольку взаимоотношения людей в обществе весьма индивидуальны, разнообразны и неповторимы, то бесполезны с точки зрения экзистенциального анализа и поиски каких-либо объективных критериев, на которых можно было бы строить диагностику нарушений психической деятельности.

2. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

До настоящего времени нет однозначного общепринятого определения медицинской психологии. Представители различных научных школ вкладывают в это понятие свои, подчас значительно отличающиеся друг от друга сущности.

В историческом аспекте следует прежде всего остановиться на понимании медицинской психологии немецкоязычными авторами, как внесшими неоценимый вклад в становление и развитие этой науки (именно в Швейцарии, в Базеле, Карпом-Густавом Юнгом была организована первая в мире кафедра медицинской психологии).

В понимании Э. Кречмера и К.Г. Юнга, медицинская психология - это "психология из практики врача для практики врача" с уклоном в психотерапию, которая изучает психологию больного, страдающего и анормально-17

го человека, в особенности нарушения личности, поведения, влечений, вопросы психической конституции человека и неврозы. Решающее значение в исправлении, коррекции таких состояний авторы придают методам психологического лечения - различным видам психотерапии. Такой подход к пониманию существа медицинской психологии оказался достаточно устойчивым и в настоящее время имеет много сторонников.

Значительно менее распространенным, но не утратившим полностью своего значения в наши дни, оказался другой подход к пониманию медицинской психологии. Его наиболее известным теоретиком был немецкий психиатр К. Бирнбаум. Согласно взглядам ученых данного направления, медицинская психология - это область науки, рассматривающая психические явления при психических заболеваниях. Вряд ли можно согласиться с таким подходом, так как он фактически сводит содержание медицинской психологии к психопатологии (и только при психических заболеваниях), тем самым значительно сужая ее понятие.

В современной Германии медицинская психология понимается как совокупность медико-психологических базовых знаний, методических подходов (техники) связи врача и пациента и психологических аспектов (приемов) взаимодействия с больными (пациентами).

В настоящее время в нашей стране медицинская психология понимается как раздел психологии.изучающий психику больного человека, а также психологические особенности профессиональной деятельности медицинского работника (Энциклопедический словарь медицинских терминов. - М.: Советская энциклопедия, 1983. Т.2. С. 392), или как изучение психологическими методами особенностей психики больного человека, а также психологических особенностей

профессиональной деятельности медицинских работников, взаимоотношений между ними и больными (В.М. Блей-хер, И.В. Крук, 1995).

Следовательно, важнейшей задачей медицинской психологии является изучение психики больного в различных условиях. Это должно находить отражение в деятельности различных звеньев системы здравоохранения - внебольничной службы и стационаров, санаторно-курортном деле, фармации, при подготовке медицинских кадров всех уровней, в исследовательской работе ученых, связанной с медицинскими проблемами, в организации здравоохранения, гигиене и санитарии, медицине катастроф и пр.

Медицинская психология должна разрабатываться в связи с задачами, которые ставятся различными медицинскими дисциплинами. Объем ее задач пока в значительной степени условен.

Предметом изучения медицинской психологии являются: личность больного человека в широком смысле этого слова (многообразные и глубокие сдвиги в психической деятельности душевнобольных подробно изучаются специальной наукой - психиатрией), медицинский работник, взаимоотношения больного и медицинских работников на разных этапах их общения. При этом различные смежные проблемы рассматриваются

применительно к основной задаче - оказанию максимальной помощи пациенту, ограждению его от неблагоприятных воздействий.

С известной долей условности можно считать, что медицинская психология является совокупностью двух тесно взаимодействующих блоков - лечебно-диагностического и лечебно-реабилитационного.

Лечебно-диагаосгаческий блок включает традиционные патопсихоло-гическую, нейропсихологическую, соматопсихологическую, психофизиологическую, социально-психологическую (применительно к медицине) диагностики, а также медицински направленную профессиональную ориентацию.

Патопсихологическая диагностика - одна из самых старых и важнейших составных частей медицинской психологии. Она сводится к определению структуры нарушений познавательных процессов, закономерностей их распада в сопоставлении с нормой в понятиях современной психологии, диагностике особенностей личности, поведения, общения и адаптации к изменяющимся условиям функционирования, защитных приспособительных механизмов личности в связи с психическим расстройством.

Нейропсихологтеская диагностика - вторая традиционно рассматриваемая важнейшая составная часть медицинской психологии. Ее содержание заключается в диагностике мозговых механизмов нарушений высших психических функций при локальных поражениях головного мозга в связи с задачами топической диагностики очагов поражения и обоснования восстановительного лечения.

Соматопсихологическая диагностика - это исследование и оценка роли, места и значения различных психологических/психических факторов в возникновении, развитии, лечении и профилактике разнообразных заболеваний внутренних органов и систем организма.

Психофизиологическая диагностика - исследование в психофизиологическом эксперименте особенностей психической деятельности в единстве с их психофизиологическими параметрами.

Социально-психологическая диагностика в медицине - это исследование влияния на психическую сферу пациентов различных факторов микро-и макросоциального окружения, факта включенности в социальные группы, а также более широкой роли экономических, социально-экономических, экологических и других факторов, являющихся условно патогенными с точки зрения психической/психологической дезадаптации личности.

Медицински направленная профессиональная ориентация базируется на психодиагностике и имеет целью профессиональную ориентацию лиц с какими-либо проблемами со здоровьем (и не только психическим), а также профессиональную ориентацию формально здоровых, учитывая их потребности в смене профессии и уровень профессиональных притязаний в соотношении с актуальным психическим состоянием и психологическими особенностями.

В повседневной практике отечественной медицинской психологии наибольшее распространение получила патопсихологическая диагностика, правда, понимаемая широко - с учетом личностных реакций субъектов в связи с заболеванием. Следует отметить, что нередко даже в наши дни к патопсихологической диагностике сводится и само понятие предмета медицинской психологии. Это неверно, несмотря на всю важность и традиционно большую роль, которую играла патопсихология в медицинской психологии.

Почти не используются в практической деятельности методы нейропси-хологической и психофизиологической диагностики (в применении к медицинской психологии), хотя задачи топической диагностики в клинике органических поражений головного мозга не могут квалифицированно решаться без указанных методов. Ведь именно отечественная медицинская психология внесла в эти отрасли фундаментальный вклад, связанный с именами А.Р. Лурия, Е.Д. Хомской, Н.Н. Траугогт, ИМ. Тонконогого, Л.С. Цветковой, Я.А. Меерсона и др., а использование данных методов диагностики отдельными медицинскими учреждениями позволило им существенно сократить сроки и повысить достоверность обследования соответствующих контингентов пациентов.

Относительно новыми видами исследования в отечественной медико-психологической практике являются социально-психологическая диагностика применительно к медицине, соматопсихологическая диагностика и медицински ориентированная профессиональная ориентация, однако и они уже достаточно длительное время используются в отдельных научно-исследовательских и практических учреждениях здравоохранения и имеют хорошо разработанные теоретические основы и методический аппарат.

Важнейшей составляющей медицинской психологии является блок лечебно-реабилитационных мероприятий. Само понятие реабилитации в медицине тесно связано с понятием и развитием медицинской психоло-' гии. В настоящее время реабилитация понимается как ресоциализация, как возможно более полное восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной значимости пациентов, их личного и социального статуса (М.М. Кабанов). Приобретая все более универсальное значение для всей медицины, обе эти дисциплины (медицинская психология и реабилитология) сохраняют тесные взаимосвязи и взаимообусловленность. Успехи в развитии медицинской психологии в значительной мере определяют теоретико-методологические подходы к реабилитационному процессу не только в психиатрии, но и в неврологии и соматической медицине.

Лечебно-реабилитационный блок медицинской психологии включает психотерапевтические, психокоррекционные, психопрофилактические и со-циотерапевтические мероприятия, относящиеся ко всему многообразию нервно-психических и соматических заболеваний.

3. ПАТОПСИХОЛОГИЯ КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ЕЕ ОСОБЕННОСТИ, ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Патопсихология - важнейшая составная часть медицинской психологии, изучающая закономерности искажений отражательной деятельности мозга, закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. О.П. Росин (1974) полагает, что предметом исследования патопсихологии

является то звено в структуре симптомообразования, которое предшествует психопатологическим образованиям в патогенезе болезни. Патопсихология изучает психические расстройства методами научной психологии, она исследует психологическую структуру проявлений психической патологии.

В.М. Блейхер и И.В. Крук (1986) выделяют следующие задачи, стоящие перед практической патопсихологией:

Получение данных для диагностики. Патопсихологические данные носят дополнительный характер и их ценность обнаруживается только при сопоставлении с результатами клинико-психологического исследования и в ряде случаев - с результатами других вспомогательных исследований (например, электроэнцефалографии, реоэнцефалографии и т.д.). Патопсихологическая диагностика не носит также характера нозологического диагноза - это задача клинициста, который для ее решения как раз и должен правильно оценивать результаты патопсихологического исследования. В последнем существенную помощь ему призваны оказать используемые в патопсихологических заключениях категории патопсихо-логических регистр-синдромов.

Патопсихологическое исследование зачастую способствует раннему выявлению симптомов психических нарушений и установлению их своеобразия.

Исследование динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией - оценка эффективности проведения лечебного процесса. Многократно проводимые в процессе лечения патопсихологические исследования могут быть объективным показателем влияния проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий на течение заболевания. Они также характеризуют структуру и особенности наступающих ремиссий и психического дефекта (если речь идет о процессуальных заболеваниях), что имеет известное прогностическое значение и способствует выбору правильной тактики дальнейшего проведения лечебного процесса.

Участие в экспертной работе - военной, медико-социальной, судебной, психолого-медико-псдагогической экспертизах. Основной задачей практической патопсихологии в случае проведения военной экспертизы является получение соответствующего патопсихологического обоснования клинического диагноза с обращением особого внимания на степень

выраженности имеющихся клинических проявлений (определение глубины поражения определенных составляющих психической деятельности). При проведении трудовой экспертизы медицинскому психологу важно не столько обнаружить признаки заболевания (как правило, их наличие не вызывает сомнений), сколько показать, как они глубоки, как далеко зашло в своем развитии заболевание, насколько снижена трудоспособность испытуемого, а также определить, имеются ли в его психике (если имеются - то какие и в какой мере представленные) сохранные элементы, которые могли бы быть использованы для стимулирования механизмов выздоровления или компенсации психического дефекта.

Важное значение патопсихологические исследования имеют при проведении судебно-психиатрической экспертизы. При этом психолог-эксперт должен не только установить данные, облегчающие решение клинических диагностических вопросов, но и объективно установить степень выраженности психических нарушений.

В работе с детьми медико-психологические исследования необходимы для решения вопроса о том, где следует учиться ребенку - в массовой или коррекционной школе. Этот вопрос должен безошибочно решаться психолого-медико-педагогическими комиссиями, так как, например, помещение ребенка с умственной неполноценностью в массовую школу может приводить как к невротическим реакциям неправильно направленного на учебу ребенка, видящего свою несостоятельность по сравнению со здоровыми детьми, так и к нарушению педагогического процесса. Еще более негативные последствия для ребенка и общества имеет помещение педагогически запущенного ребенка, неправильно расцененного как умственно неполноценного, в коррекционную школу.

Участие в реабилитационной работе. В настоящее время работе по реабилитации и ресоциализации больных придается первостепенное значение, так как от правильно построенных реабилитационных мероприятий зависит профилактика инвалидности.

Реабилитационная работа эффективна только при осуществлении индивидуального подхода к пациенту. Медицинский психолог, участвующий в реабилитационном процессе, должен прежде всего диагностировать актуальное состояние познавательной деятельности и эмоционально-личностной сферы больного, выявив при этом как наиболее пораженные болезнью, так и наиболее сохранные индивидуальные особенности, чтобы в дальнейшем, основываясь на полученных данных, составить реально выполнимый план индивидуального реабилитационного процесса. Помимо этого медицинским психологом должен быть обязательно изучен социальный климат, окружающий пациента в разных сферах его жизни и деятельности, и прежде всего - особенности его взаимоотношений в семье, на производстве и т.д.

В соответствии с полученными интегративными данными строится соответствующая психотерапевтическая, психокоррекционная и психо-22

профилактическая работа, проводимая медицинским психологом в постоянном контакте с лечащими врачами.

Исследование недостаточно изученных психических заболеваний, а также струпуры психических нарушений при некоторых недостаточно изученных неврологических и соматических заболеваниях. В данных случаях патопсиходогические исследования проводятся прежде всего с научными целями. При такой постановке задачи подбираются большие группы больных со сходными клиническими проявлениями заболевания, что позволяет получить достоверные данные. Практическое значение этой задачи патопсихологии заключается в получении новых данных о механизмах развития заболеваний, преимущественном вовлечении в них тех или иных психологических образований, о возможных механизмах компенсации и/иди адаптации к болезни. При научно-исследовательской направленности патопсихологических исследований обязательно соблюдение динамического принципа (В.М. Блейхер, 1976), т.е. учета динамики психопатологических образований в связи с течением болезни с последующим сопоставлением полученных патопсихологических феноменов с различными стадиями заболевания.

Участие в психотерапии. В этих случаях роль патопсихологии сводится к получению данных как для диагностики индивидуальных психологических особенностей пациента, так и для социально-психологической диагностики. Это позволяет определить оптимальный объем психотерапевтических вмешательств, выбрать их адекватные формы и место проведения (в стационаре или амбулаторно).

В своей практической деятельности медицинский психолог должен четко различать понятия патопсихология и психопатология.

Эти понятия совершенно различны. Психопатология является наукой сугубо медицинской, одним из разделов психиатрии, который изучает признаки психических расстройств в динамике. Психопатология, в отличие от патопсихологии, оперирует главным образом клиническими понятиями (этиология, патогенез, симптом, синдром) и использует общепатологичес-кие критерии (возникновение болезни, исход болезни).

С целью сближения особенностей диагностического мышления врача и медицинского психолога, основываясь на результатах клинических наблюдений, были выделены патопсихвлогические синдромы. Впервые такую попытку предпринял в 1982 году И.А. Кудрявцев. Он выделил шизофренический (диссоциагивный), органический, олигофренический, психопатический синдромы и симптомокомплекс психогенной дезорганизации, характерный для реактивных психозов. Дальнейшее развитие учения о патопсихологических синдромах связано с именем В.М. Блейхера, описавшего в 1986 году восемь патопсихамгическмх регистр-синдромов (речь о регистр-синдромах идет именно потому, что эти синдромы имеют как бы

обобщающее значение, их характеристика более близка к нозологической, а их выделение знаменует стадию предварительной диагностики заболева-23

ния. Кроме того, эти синдромы связаны с определенными кругами психических расстройств в понимании академика А.В. Снежневского). Медицинский психолог может оперировать в своих диагностических заключениях таким набором патопсихологических регистр-синпромов, как:

1) шизофренический,

2) аффективно-эндогенный (в клинике ему соответствуют маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста),

3) олигофренический,

4) экзогенно-органический (в клинике ему соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга - церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговых травм, токсикомании и т.д.),

5) эндогенно-органический (в клинике - истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге),

6) личностно-аномальный (в клинике - акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции),

7) психогенно-психотический (в клинике - реактивные психозы),

8) психогенно-невротический (в клинике - неврозы и невротические реакции).

Нозологическая специфичность патопсихологических регистр-синдромов существенно возрастает в связи с конкретной задачей, поставленной перед медицинским психологом. Например, разграничение экзоген-но-и эндогенно-органичсских регистр-синдромов очень важно при дифференциальной диагностике истинной и травматической эпилепсии; уточнить природу и диагностику состояний, протекающих с недостатком интеллекта и памяти, помогает разграничение органического и олигофре-нического регистр-синдромов.

Введение патопсихологических регистр-синдромов в практику патоп-сихологических исследований обозначает, в сущности, рубеж диагности-чески-информативных рекомендаций, заключающихся в данных проведенного медицинским психологом исследования, и способствует сближению позиций медицинского психолога и врача-клинициста.

Завершая изложение общих сведений о медицинской психологии, остановимся на соотношении понятий "медицинская психология" и "клиническая психология". Это необходимо сделать исходя из того обстоятельства, что эти понятия по-разному определяют даже специалисты, работающие в одной стране.

А.Е. Личко и Н.Я. Иванов (1992) указывают на тождество понятий "медицинская психология" и "клиническая психология". Об этом же писал ранее М.С. Роговин (1969) и позднее - Ю.Ф. Поляков (1996). Сходного мнения придерживаются и большинство других авторов. Но, как указывают В.М. Блейхер и И.В. Крук (1986), даже в американской литературе А. Ле-вицки (1974) отмечает три различных точки зрения на предмет клинической

24

психологии. Первая характеризуется тем, что сводит клиническую пси-хоягию к изучению психических расстройств, возникающих в связи с тем иди иным заболеванием. Вторая основывается на понимании клинической психологии как идеографической психологической дисциплины, занимающейся изучением психических проявлений личности (включая профессиональные консультации, консультирование студентов колледжей, исследование руководящего персонала

предприятий). С третьей точки зрения клиническая психология рассматривается как область прикладной психологии, изучающая с помощью измерительных приемов, анализа и наблюдения понимаемые в поведенческом аспекте способности и свойства личности и направленная на разработку способов устранения дезадаптив-ного поведения. Разумеется, что такое нечеткое, расплывчатое и многостороннее понимание клинической психологии не может быть принято как не вполне отвечающее научному подходу. В то же время, как указывают В. Иванов (1971, 1976), В.М. Блейхер (1976), В.М. Банщиков (1978), понятие клинической психологии может оказаться целесообразным при правильном методологическом подходе к нему, так как оно способствует известному сужению очень широкого круга задач медицинской психологии. С этой точки зрения отношение клинической психологии к медицинской такое же, как отношение клиники к медицине вообще, т.е. клиническая психология - эта та прикладная часть медицинской психологии, которая определяется потребностями клиники.

Таким образом, несмотря на отсутствие до настоящего времени единства мнений в понимании терминов "медицинская психология" и "клиническая психология", учитывая позицию большинства авторов, целесообразно рассматривать понятие "клиническая психология" как синоним "медицинской психологии".

4. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В нашей стране, так же как и за рубежом, медико-психологическая служба первоначально формировалась вокруг нескольких крупных научных центров, изучающих проблемы медицинской психологии. Ведущим научно-методическим центром по медицинской психологии в Российской Федерации является Санкт-Петербургский Психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева. На его базе функционирует Федеральный научно-методический центр по психотерапии и медицинской психологии, задачами которого является проведение научно-организационной и методической работы в области медицинской психологии. Крупными традиционно сложившимися научными центрами по медицинской психологии являются факультет психологии Московского государственного университета. Государственный научный центр психиатрии и наркологии (Москва), факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета. Научно-25

исследовательская работа по отдельным медико-психологическим проблемам проводится также на некоторых кафедрах университетов, медицинских, педагогических и других высших учебных заведений, отделах научно-исследовательских учреждений различных министерств и ведомств.

Подготовка медицинских психологов, в течение многих лет проводившаяся только на факультетах психологии Московского и Санкт-Петербургского государственных университетов, сейчас претерпевает изменение. Открыты специализации по медицинской психологии и на факультетах (отделениях) психологии некоторых университетов и других высших учебных заведений страны. Последипломное усовершенствование медицинских психологов осуществляется на базах крупных научно-исследовательских и высших учебных заведений.

Следует отметить, что в настоящее время в Российской Федерации разрабатывается четкая система подготовки медицинских психологов и их дальнейшего последипломного усовершенствования, которая позволит решить многие вопросы, существующие в этой сфере.

В практическом здравоохранении нашей страны наибольшее число медицинских психологов работает в психиатрии и родственных ей областях медицины (наркологии, психотерапии, сексологии и т.п.). В зависимости от мощности лечебно-профилактического учревдения и решаемых им задач медицинские психологи могут работать как в структуре специализированных отделений медицинской психологии (иногда их традиционно называют лабораториями), так и в структуре специализированных кабинетов медицинской психологии или самостоятельно в структуре различных отделений. Та же модель, в принципе, может быть использована и в лечебно-профилактических учреждениях иного профиля.

В последние годы психиатрической общественностью нашей страны достаточно интенсивно обсуждается новый подход к обслуживанию пациентов - бригадный, подразумевающий создание функциональных бригад, состоящих из психиатра, психотерапевта, медицинского психолога и социального работника. Нет сомнений в том, что предлагаемые изменения могут существенно улучшить качество и повысить эффективность оказания психиатрической помощи. Однако в ходе обсуждения данной модели часто, к сожалению, забывается именно функциональный принцип организации бригады и это приводит к тому, что возникают предложения о неактуальности наличия специализированных медико-психологических подразделений в структурах психиатрических учреждений. Мы считаем такую точку зрения необоснованной. Специализированные медико-психологические подразделения в штатах психиатрических учреждений безусловно имеют право на самостоятельное существование, хотя бы до тех пор, пока не сформируется достаточная медико-психологическая культура среди работников практического здравоохранения. Существование таких самостоятельных специализированных структур ни в коей мере не противоречит созданию и успешной работе упомянутых выше функциональ-26

ных бригад, напротив, возможность постоянного обращения медицинского психолога за консультативной помощью к более опытным коллегам по отделению будет способствовать более эффективному оказанию медико-психологической помощи.

Систематизированного опыта работы медицинских психологов в лечебно-профилактических учреждениях непсихиатрического профиля в нашей стране до настоящего времени не имеется.

5. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Основными методами медико-психологического исследования являются: наблюдение, беседа, включающая сбор психологического анамнеза (катамнеза) и экспериментально-психологический метод исследования. В данной главе рассмотрим более подробно только экспериментально-психологический метод исследования; наблюдение и беседа будут разобраны ниже, применительно к конкретным вопросам, решаемым этими методами.

Экспериментально-психологический метод исследования в медицинской психологии позволяет исследовать различные звенья психических процессов и состояний. Многочисленные психодиагностические методики в большинстве случаев являются многофункциональными, что позволяет изучать с помощью одной методики сразу несколько функций. Единого подхода к созданию классификации отдельных методик, входящих в экспериментально-психологический метод, не существует. Различные авторы в настоящее время выделяют методики качественные (направленные на выявление качественных закономерностей психической деятельности пациентов) и психометрические (используемые для измерения тех или иных функций), вербальные (использующие преимущественно словесный стимульный материал) и невербальные (стимульный материал которых представлен в виде рисунков, схем, различно раскрашенных кубиков и т.п.), направленные на исследование той или иной психической функции (внимания, памяти и т.п.). К числу методик экспериментально-психологической направленности относятся и методики изучения психофизиологических особенностей пациента.

Для нашей страны было характерно создание широкого спектра психодиагностических методик типа функциональных проб, т.е. таких, которые позволяют исследовать психическую деятельность человека в специально созданных ситуацией проведения самого исследования нагрузочных условиях, причем степень выраженности данной нагрузки можно изменять в зависимости от поставленных перед исследованием конкретных задач. Наиболее известными из методик типа функциональных проб являются методики классификации предметов/понятий, исключения предметов/понятий, образования простых/сложных аналогий, выделения существенных признаков и т.д. Позволяя успешно решать круг прикладных психодиагностических задач, методики типа функциональных проб находят широкое применение как в нашей стране, так и за рубежом.

Другим общепризнанным направлением в практической психодиаг-ностике является тестовая диагностика, основателем которой считается американский психолог Дж-М. Кэттэлл (1890). По определению Л.Ф. Бур-лачука (1989), под тестом в психологической диагностике понимается стандартизированное, часто ограниченное во времени испытание, предназначенное для установления количественных (и качественных) индивидуально-психологических различий.

Таким образом, тест - это одна из разновидностей (стандартизированная) психодиагностических методик, поэтому любой тест является, по сути, методикой, но не всякая методика - тестом.

Каждая психодиагностическая методика имеет определенные характеристики, важнейшей из которых является валидность. Валидность - это понятие, указывающее на то, что методика измеряет и насколько хорошо она это делает (А. Анастази, 1982). Выделяют несколько разновидностей валидности, например: содержательную, характеризующую степень соответствия содержания заданий методики исследуемой области психических свойств; прогностическую, характеризующую степень точности и обоснованности суждения о диагностируемом психологическом качестве по его результату спустя определенное время после определения; текущую, отражающую способность методики различать испытуемых на основании диагностического признака и т.д.

Другой важнейшей характеристикой каждой психодиагностической методики является ее надежность. Надежность отражает точность психо-диагностического измерения и устойчивость результатов методики к действию посторонних случайных факторов.

Проведение любого обследования с использованием экспериментально-психологических методик включает в себя три этапа: сбор данных в соответствии с задачей исследования; обработку и интерпретацию полученных данных; вынесение диагностического и прогностического заключения. В каждом случае исследующий пользуется ограниченным числом патопсихологических экспериментальных методик (обычно не более 8- 9), объединенных в так называемую батарею методик. Необходимые методики подбираются в соответствии с задачами исследования. Владение возможно большим числом методик экспериментального исследования позволяет в каждом случае подбирать наиболее адекватные методики, которые будут всесторонне характеризовать особенности психической деятельности испытуемого и в ряде случаев подтверждать друг друга.

В процессе исследования испытуемого в большинстве случаев целесообразно использовать методики по возрастающей сложности - от более простых к более сложным. Необходимо использовать только извест-28

ные и проверенные психодиагностические методики, применение всякого рода новых, оригинальных и модифицированных методик возможно лишь в случае полной уверенности в их валидности и надежности. Использованию любой психодиагностической методики должно предшествовать ее тщательное изучение самим исследующим. Часть I УЧЕНИЕ О ЛИЧНОСТИ

Глава 1 СОЗНАНИЕ. ПОНЯТИЕ О БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ

1. ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

В соответствии с воззрениями Г. Спенсера (1820-1903), Ж. Тэйлора (1832-1917) и других ученых сознание современного человека отличается от сознания первобытного человека только в количественном отношении, т.е. удельным весом накопленного материала.Неправомерность этих взглядов состоит уже хотя бы в том, что в природе не существует процесса исключительно только количественного развития, ибо изменения количественных соотношений неизменно дают новое качество. Наслаиваясь на это новое качество, все последующие количественные сдвиги вновь соответствующим образом меняют предыдущее количество. Процесс развития предполагает непрерывное совершенствование и в количественном, и главным образом качественном отношении.

Э. Дюркгейм (1858-1917), Л. Леви-Брюль (1857-1939) и др. подчеркивают резкое качественное различие в сознании современного и первобытного человека и наряду с этим "роют непроходимую пропасть" между обеими этими "формами" сознания. Обосновывается подобная точка зрения тем, что первобытный человек обладал "дологичной, мистически ориентированной" формой мышления, проникнуть в которое в настоящее время невозможно. Наше мышление настолько качественно усложнилось, что его методы "не подходят к дологичному мышлению, как ключи от другого замка".

Подобные взгляды на природу сознания лежат в основе при проведении аналогии между нарушенным мышлением, сознанием психически больных и данными процессами у первобытного человека. Оценивая расстройство психических функций при тех или иных заболеваниях, представители этого второго направления говорят о "возврате к прошлому", делая соответствующие выводы.

Такие воззрения с позиций современной антропологии не имеют под собой серьезной научной основы. Установлено, что с тех пор, как

закончился антропогенез (примерно 50 000 лет назад), все народы и расы всегда имели одинаковые физические возможности для умственного развития. Формирование же сознания - единый процесс, имеющий на каждой ступени развития социальный стержень (характер труда, особенности общения между людьми и пр.), что отражается и на способе мышления, и на особенности сознания. Следовательно, отсталым в культурном отношении народам надо не "давать в готовом виде" то, что "они не в состоянии приобрести", а помогать им в развитии, способствовать дальнейшему совершенствованию сознательных форм воздействия на окружающий мир.

2. ФОРМИРОВАНИЕ СОЗНАНИЯ

Сознание - это высшая форма отражения объективной реальности, свойственная исключительно человеку. Оно включает в себя сознание окружающего и самосознание как выделение своего "Я". Развитие психики прошло ряд стадий:

сенсорную, когда возникла раздражимость, а затем чувствительность, позволяющая организму ориентироваться в окружающей среде на непосредственные раздражители (сигнальная функция). На этой стадии нервная система представлена в виде сети (у медуз) или узлов (у червей, насекомых);

перцептивную, когда появились сложные формы отражения и поведения животных в виде инстинктов и навыков. На этой стадии сформировалась центральная нервная система и образовалась кора головного мозга (все млекопитающие);

интеллектуальную (рассудочную), позволяющую отражать связи между явлениями (высшие млекопитающие);

сознания - высший уровень развития психики, свойствен только человеку. Если эволюция психики у животных обусловлена биологическими законами, то сознание - продукт не только биологического, но и, главным образом, социально-исторического развития.

В своем развитии сознание прошло несколько этапов: психика (пока еще не сознание!) животных и предчеловека, стадное сознание, сознание разумного человека, сознание человека родового общества и, наконец, появление самосознания. В этой связи представляют интерес взгляды на данный вопрос некоторых известных зарубежных ученых.

Не рассматривая вопрос о сознании в общефилософском аспекте, разберем его лишь в той мере, которая нужна для практической деятельности медицинского психолога.

Как известно, взаимодействие животных со средой осуществляется в ходе их инстинктивной психической деятельности, преследующей цели приспособления к

среде. Оно формируется на основе ощущений, восприятия опыта и примитивного осмысления конкретной ситуации. Од-32

нако животное не осознает окружающей действительности и своего отношения к ней, не выделяет себя из нее, так же как и не осознает значения своих действий.

В отличие от животных, у человека процесс эволюции пошел по иному пути, а именно по пути развития общественно-трудовых отношений, развития речи. В результате на одном из этапов эволюции рождается новая форма психического отражения - сознание. Эта новая форма психического отражения и новое свойство психической деятельности есть прежде всего результат труда и общественно-исторических условий, вызвавших существенные изменения организма первобытного человека и более всего его мозга.

У новорожденного, который кричит, двигает конечностями, поворачивает голову, открывает и закрывает глаза, сознание отсутствует, хотя психика у него, как и у животных, есть. Ребенок всего лишь бодрствует, но, бодрствуя, не осознает окружающего его мира. Врожденной у человека является лишь возможность появления и развития сознания, и то лишь в условиях человеческого общества. Хаотическая инстинктивная деятельность новорожденного прекращается при удовлетворении его простейших потребностей.

Контактируя с предметами и явлениями материального мира, в процессе общения с другими людьми и коллективного труда, особенно посредством речи, человек научается в онтогенезе активно познавать объективную реальность (ощущение, восприятие), творчески (мышление) ее преобразовывать (произвольная деятельность) для лучшего удовлетворения своих потребностей. В формировании человеческого сознания принимают участие все упомянутые психические процессы. Мозг - не источник сознания, а его орган, та часть нашего организма, в которой воздействующий на него объект трансформируется и получает субъективную форму бытия, становясь сознанием - субъективным образом объективного мира.

Следовательно, сознание не есть некий самостоятельный психический процесс, происходящий до, во время или после какого-либо другого изолированного от него акта психической деятельности. Сознание - это внутренняя сущность любого человеческого психического процесса, его своеобразное качество, это человеческая психика в целом, в ее общественно-исторической обусловленности.

Определение сознания может быть дано не при сопоставлении различных элементов, процессов психики, а iia основании анализа содержания и характеристики их как некой неразрывной совокупности. Сознательностью пронизан каждый этап познания и особенно суммарный результат всей творческой переработки отраженной реальной действительности.

Следует подчеркнуть специфическую роль языка в развитии человеческого сознания, ибо он - необходимое условие его появления и совершенствования. Однако не само по себе слово является стержнем сознания. В

слове накапливаются и объективизируются знания. Знания обогащаются благодаря слову. Они абстрагируются от отдельных частных ситуаций и становятся общественным достоянием. Знания через слово не только накапливаются, но и актуализируются. Благодаря речи психические явления становятся осознанными, мысль окончательно формирует сознание. Однако, хотя вся деятельность сформировавшегося, здорового человека сознательна, не вся она осознана.

Не последнее место среди различных свойств сознания играет его ориентирующее качество. Чтобы действовать, надо ориентироваться в предметах и явлениях объективного мира, в месте, времени, окружающей обстановке. Ориентировка -

необходимое условие правильного отражения внешнего мира и целесообразного воздействия на него.

Исходя из того, что человеческое сознание не только отражает объективную реальность, окружающий нас мир, но и на основе этого отражения (через практическую деятельность) творит его, следует выделять познавательную и активно-творческую его стороны. Благодаря сознанию человек отражает будущее, создает и сохраняет орудия труда, присваивает общественный опыт и передает его другим поколениям, а также способен к саморегуляции.

Различают (по К. К. Платонову) несколько форм сознания: индивидуальное, включающее атрибуты сознания (отношение, познание, переживание), уровни ясности (творческое озарение, вдохновение, ясность сознания, неосознанные явления, спутанное сознание), динамику сознания (свойства личности, состояния сознания и процессы сознания) и функции сознания (память, воля, чувства, восприятие, мышление, ощущения, эмоции);

групповое сознание, проявляющееся в общественном настроении, соревновании, панике и т.д.;

общественное сознание - в форме религиозного, нравственного, эстетического, правового, политического и философских взглядов.

В то же время, человек имеет способность осознавать как лежащий вне его мир, так и самого себя, свое отношение к предметам и явлениям внешнего мира. Эта последняя категория - самосознание - должна быть определена как осознание человеком своего тела, мыслей, действий, чувства, интересов, собственного положения в системе общественного производства.

Самосознание - это сознание, направленное на самого себя. В структуру самосознания входят: самопознание, что позволяет ему самоусовершенствоваться, самоотношение и самопереживание. Самосознание выявляется в самооценке - оценке своих способностей, социального положения, успеха, привлекательности и т.п., и самоуважении, которое зависит от реального успеха и уровня притязаний личности.

Самосознание отождествляется с познанием "Я" как субъективным психическим явлением, запечатленным в памяти, что позволяет человеку противопоставлять себя другим, "не Я". Оно формируется постепенно

путем познания себя через познание других, оценки своей деятельности, самонаблюдения и т.п. Все это позволяет осуществлять самоконтроль и самовоспитание.

Мир познается и осознается человеком через призму общественных отношений, производственного процесса, орудий труда, языка, этических и эстетических норм. Поэтому сознание человека в конечном счете определяется его бытием, т.е. реальной жизнью в конкретно-исторических условиях. В этом аспекте индивидуальное сознание выступает как часть общественного, хотя оно и обладает своей качественной определенностью (своеобразные и неповторимые черты жизненного пути, особенности личности и самосознания, совокупность имеющихся знаний, опыта и навыков и т.д.).

Сознание современного человека - продукт постепенного, сложного процесса развития познавательной деятельности всех предшествовавших поколений, результат исторического прогресса общественной практики, накопленной человеком в связи с необходимостью, а затем и благодаря активному стремлению к преобразованию внешнего мира. Новые элементы и высшие формы сознания обогащали и усложняли познавательный процесс, что в конечном счете вело к совершенствованию самого сознания.

Поэтому неправильным является деление психики человека (сознания) на ряд изолированных процессов, ибо все они едины, все являются формами отражения с последующей активной, творческой переработкой отраженного. Подобное разделение целесообразно, и то с большой условностью, с учебной (как главы в этом учебнике) или исследовательской целями, в частности при изучении патологии психики. Но в этих случаях, выделив какое-либо одно конкретное патологическое качество (например, галлюцинации, нарушение запоминания), необходимо рассматривать его через призму всей остальной психической деятельности, иных познавательных процессов, особенности личности в целом. При этом, как правило, находят изменения в других проявлениях психики.

3. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СОЗНАНИЯ

В момент ясного сознания, с физиологической точки зрения, в коре головного мозга имеется очаг возбуждения, а вокруг, по закону отрицательной индукции, - участки с пониженной возбудимостью. И.П. Павлов по этому поводу говорил так: "Сознание представляется мне нервной деятельностью определенного участка больших полушарий, в данный момент, при данных условиях обладающего известной оптимальной (вероятно, это будет средняя) возбудимостью". И далее: "В участке больших полушарий с оптимальной возбудимостью легко образуются новые условные рефлексы и успешно вырабатываются дифференциров-35

ки. Это есть, таким образом, в данный момент ... творческий отдел больших полушарий".

Оптимальная возбудимость способствует при этом охвату сознанием конкретных психических актов.Условия пониженной возбудимости (а не просто торможение!) вокруг позволяют, во-первых, сконцентрироваться на определенном объекте, определенном процессе, во-вторых, при необходимости без особой затраты энергии использовать всю совокупность знаний и навыков, которая свойственна индивидууму.

Подчеркивая, что сознание - это динамический процесс, детермини-руемый его объектом и опосредуемый мозгом, И.П. Павлов писал: "Если бы можно было видеть сквозь черепную крышку и если бы место больших полушарий с оптимальной возбудимостью светилось, то мы увидели бы на думающем сознательном человеке, как по его большим полушариям передвигается постоянно изменяющееся в форме и величине, причудливо неправильных очертаний светлое пятно, окруженное на всем остальном пространстве полушарий более или менее значительной тенью".

То, что гений ученого мог предполагать на основании данных физиологии высшей нервной деятельности и изучения нарушений психики в клинике психических болезней, увидели через несколько десятилетий М.Н. Ливанов и В.М. Ананьев на 100-канальном электроэнцефалоскопе. Экспериментально было показано, как очаг оптимальной возбудимости перемещается в зависимости от характера раздражителя, свойств задачи, особенностей обстановки и т.п., т.е. в зависимости от того, что в данный момент является объектом сознания.

И если первичная стадия познавательного процесса - это осознание во время ощущения и восприятия предметной деятельности, то, представив себе, ... что мы имеем возможность наблюдать внутри черепа живого человека, как на "экране", воспринимаемый им внешний мир, мы увидим там изумительный "кинофильм" - широкоэкранный, стереоскопически рельефный, цветной, звуковой и пахучий, словом, отображающий во всем богатстве реальную действительность в динамике. На этом "экране" мы можем наблюдать и импульсы, восходящие из внутреннего телесного мира к головному мозгу, к сознанию, в виде телесных ощущений и восприятий, способствующих процессу отображения внешних явлений".

Данные по физиологии сознания, полученные И.П. Павловым и его сотрудниками, в последнее время значительно уточнены и расширены. Многочисленными работами выявлена очень важная роль ретикулярной формации в поддержании и регулировании уровня возбудимости и работоспособности других отделов нервной системы, в частности коры головного мозга.

Раньше считалось, что в кору больших полушарий идут прямые волокна, по которым она получает импульсы непосредственно из органов чувств. Сигналы из внешнего мира изменяют биопотенциалы в соответствующих зонах коры и ее функционально-динамических системах.

36

Сдвиги биопотенциалов возникают уже через несколько миллисекунд. Это так называемый первичный ответ головного мозга, коры на раздражение. Далее, еще через несколько миллисекунд появляется новая волна возбуждения, захватывающая отдаленные корковые участки. Это - вторичный ответ.

Экспериментальным путем было установлено.что в коре головного мозга имеются такие участки, раздражение которых ведет к возбуждению ретикулярной формации и последующей активации остальной части коры. Ретикулярная формация "не сама по себе включает и выключает" физиологические механизмы сознания. Она является лишь "исполнительным органом" - в тех случаях, когда "у коры имеется достаточно оснований" для максимальной активации. Эта третья волна возбуждения, идущая от ретикулярной формации, "подстегнутой" корой, вероятно, способствует подключению огромного количества следовых реакций, отражающих все многообразие и богатство жизненного опыта, знаний.

Исследованиями установлено также, что общая активность коры, соответствующая тому уровню, когда рождается сознание, зависит от силы раздражителя. Еще большую роль играет сигнальное значение раздражителя. Вероятно, афферентный сигнал прежде всего поступает в кору больших полушарий, подвергаясь там обработке с точки зрения его значимости. После этого первичного анализа импульсы направляются (если анализ показал целесообразность этого) к ретикулярной формации. И только теперь вследствие ее диффузных активирующих влияний включается вся кора, появляется новое качество в ее работе - сознание.

Пенфилд и Джаспер в шестидесятые годы создали так называемую центрэнцефалическую теорию. Согласно этой теории, "центр сознания" следует искать в ретикулярной формации ствола мозга.

4. БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ

Бессознательное (подсознательное) образует жизненный уровень психики, при котором отражение действительности характеризуется нарушением речевой регуляции поведения, утратой ориентировки во времени, месте и отсутствием критики к совершенным действиям. К бессознательному можно отнести сновидения, снохождения, субсенсорные реакции, автоматизированные движения и некоторые патологические явления.

Вопрос о взаимоотношениях сознательного и бессознательного, а точнее сказать, осознанного и неосознанного, не может считаться окончательно решенным. Например, мы еще недостаточно знаем о том, что происходит в головном мозгу спящего человека, однако известно, что сон взрослого человека это не полное выключение сознания. Запасы наших знаний и опыта, ощущения и восприятия, т.е. все то, что дала нам реальная действительность, претерпевают во время сна определенные

37

изменения, контактируя и взаимодействуя. Что-то продолжает анализироваться и синтезироваться, уточняться и выделяться и т.п. И, может быть, дальнейшие исследования в этом направлении подтвердят предположение о переходе во время сна кратковременной памяти в долгосрочную и создадут стройную теорию метода введения информации во время сна - гипнопедии.

Хорошо известно, что мозг спящего человека порой выполняет очень сложную и к тому же весьма целесообразную работу. Так, А.С. Грибоедов рассказывал, что план его "Горя от ума", несколько отдельных сцен из этой комедии он "сочинил

во время сна". Вольтеру "приснилась" первая часть его "Генриады", которую он сразу же по пробуждении записал. Шуман во сне "получил" от Шуберта мажорную тему в тональности си-бемоль. Д.И. Менделеев во время сна окончательно распределил химические элементы, что явилось основой его Периодической системы элементов.

Во время сна, когда никакие посторонние раздражители не мешают человеку, создаются "идеальные условия" - появляется возможность додумать то, над чем человек безуспешно бился в течение дня, а иногда и дольше. Во время мышления во сне в работу вовлекаются только необходимые участки и функционально-динамические системы. И хотя эта работа и не осознается, однако она весьма продуктивна, как об этом свидетельствуют многочисленные примеры; однако это подсознательное возникает в голове человека по тем же законам, что и сознательное.

Если во время физиологического сна в силу каких-либо причин (внутренних, внешних) умеренная активация распространится и захватит определенные участки мозга, в связи с чем начнут функционировать соответствующие динамические системы, можно наблюдать сноговоре-ние, снохождение (у здорового человека довольно редко) или сновидения. При последних, например, активация нередко достигает такой степени, что человек не только часто способен вспомнить виденное во сне, но иногда, проснувшись, не сразу отдает себе отчет, что действительность, а что - образы сновидений.

Следовательно, неосознаное в сновидениях является как бы составной частью сознательного, элементом сознания. К области бессознательного следует отнести и явление "пика беременных". Точно так же некоторые дети с удовольствием едят мел. Иногда бессознательно появляются и некоторые чувства, происхождение в себе которых человек объяснить не в состоянии. Можно привести и другие примеры (автоматизированные навыки, внушение в гипнозе и др.).

Значительный вклад в изучение бессознательного психического внесло психоаналитическое направление в психологии, основателем которого явился австрийский ученый Зигмунд Фрейд.

Согласно психоаналитическим взглядам, большинство мыслей и поведение человека имеют бессознательную природу. Возникают они чаще всего

в результате конфликта, связанного, с одной стороны, с реальностью, сознанием, а с другой стороны - с подсознательными агрессивными или сексуальными побуждениями. Сознание при этом служит ареной, на которой развертываются разнообразные симптомы, отражающие указанные выше конфликты. Фрейд постулировал существование особой цензуры, которая способствует блокированию проникновения недозволенных (социально неодобряемых) представлений из бессознательного в сознание. Строго говоря, З. Фрейд помимо сознания выделял предсозна-тельное (идеи и воспоминания, способные стать сознательными) и бессознательное (влечения, импульсы и желания сексуального и деструктивного характера). Предсознательное, таким образом, будучи в целом неосознава-емым, тем не менее условно располагается все же более близко к сознанию. Согласно З. Фрейду, энергию для своего функционирования бессознательное черпает в базисных влечениях.

Созданное гением З. Фрейда учение о бессознательном, несмотря на последовавшие в дальнейшем достаточно серьезные переоценки многих его положений, стало эпохальным явлением в истории мировой науки и культуры.

5. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Если брать за основу философское определение сознания (субъективный образ объективного мира), то следует признать, что большинство психически больных находится в состоянии более или менее нарушенного сознания, ибо они не осознают своего заболевания, не отдают себе отчета в своих переживаниях и поступках, не предусматривают их последствий с точки зрения социальной, моральной и правовой. Равным образом можно говорить (А.А. Меграбян) об

изменении деятельности сознания при всех острых и хронических соматических страданиях как следствии разнообразных комплексов ощущений (интероцептивных, мышечных, вестибулярных и пр.).

Однако такой подход к оценке сознания для практической медицинской психологии недостаточен. Оценивая значение расстройств сознания для медицинской деятельности, О.В. Кербиков (1907-1965) писал: "...если бы кто-нибудь предложил лучший термин для обозначения картин, которые мы называем расстройством сознания, он был бы принят. Своевременно и желательно нашу терминологию привести в соответствие с нашим мировоззрением" (1955).

В клинической практике различают две большие группы выраженных патологических состояний сознания: выключение и помрачение. При их отсутствии, но наличии каких-либо других психопатологических симптомов говорят о ненарушенном сознании.

К выключению сознания относятся оглушение, сопор, кома; к помрачению - делирий, онейроид, сумеречное расстройство, аменция и др.

Следует отметить, что такое деление весьма условно по двум, по крайней мере, причинам.

Во-первых, часто бывает очень трудно определить, в какой конкретной форме выражается нарушение сознания у больного, ибо в практике встречаются такие случаи, когда налицо отдельные признаки различных форм помрачения (например, делириозно-аментивный синдром, сопо-розно-коматозное состояние) или добавляются вообще несвойственные симптомы (например, ориентированные сумерки, "особые состояния" сознания, ориентированный онейроид).

Во-вторых, о какой, например, ясности сознания может идти речь, если у больного заболевание протекает в форме галлюпинаторно-пара-ноидного синдрома? Все его переживания и действия не соответствуют реальной действительности, окружающий мир отражается в сознании искаженно и превратно. Как пережива ния, так и поступки не поддаются критике, именно не осознаются больным.

Однако для удобства изучения, обучения и диагностики мы приводим общепринятую классификацию расстройств сознания. В качестве критериев ясности используются правильность различных видов ориентировки, акта восприятия, осмысления, эмоционально-двигательные нарушения и степень последующей амнезии.

Формы выключения сознания. Оглушение - наиболее легкая и простая по психопатологической структуре форма выключения сознания. Различают три степени оглушения:

сомнолентность - слабая степень оглушенности: больной сонлив, заторможен; ориентировка неполная, тем не менее странностей в поведении не отмечается; при обращении к нему больной отвечает замедленно; иногда, чтобы получить словесную реакцию, приходится говорить громче или неоднократно повторять вопрос;

средняя степень - характеризуется дезориентировкой всех видов и неадекватным поведением; на заданные вопросы больной отвечает с трудом, не сразу, при этом дает односложные и не всегда правильные ответы или отвечает жестами (например, наклоном головы); выполняет лишь наиболее простые требования (поднять руку, высунуть язык и др.);

глубокая степень - ориентировка отсутствует; окружающие раздражители доходят до больного как "через плотный слой ваты"; на вопросы он не отвечает и не выполняет инструкций; движения медленные, неуверенные, незаконченные; поведение неправильное.

После исчезновения оглушения наблюдается неполная амнезия ("ост-ровковое припоминание" - симптом Моли), более или менее выраженная в зависимости от степени оглушения.

Сопор - переходное состояние от оглушения к коме: больной лежит, на окружающую обстановку не реагирует; как спонтанная, так и ответная речь отсутствует. Реакция зрачков на свет, корнеальные, конъюнктиваль-ные и сухожильные рефлексы ослаблены, патологических рефлексов нет.

При болевых раздражениях - кратковременная реакция (отдергивание руки, гримасы боли). По исчезновении сопора на этот период наступает полная амнезия.

Кома - полное выключение сознания: все виды реакций, а также физиологические рефлексы отсутствуют (иногда - и глоточный, и кор-неальный); функционируют лишь жизненно важные центры - дыхательный и сердечно-сосудистый. Вызываются патологические рефлексы (чаще других - Бабинского, Оппенгейма).

Часто неспециалистами при диагностировании комы употребляется термин "шок". Следует подчеркнуть, что понятия "кома" и "шок" не равнозначны. В то время как кома - это степень выключения сознания, шок - реакция организма, возникающая вследствие непрерывного потока чрезмерно сильных импульсов к центральной нервной системе (например, при травме, кровопотере). При шоке сознание обычно бывает нарушено, достигая различных степеней - от оглушения до комы.

Все формы, степени выключения сознания могут возникать как самостоятельно, так и приходить друг другу на смену. Особенности заболевания - причины той или иной формы выключения сознания - в большинстве случаев накладывают специфический отпечаток на клиническую картину оглушения, сопора и комы. Например, при гипогликемии для оглушенности характерна выраженная эмоциональная лабильность, больные то стонут, то плачут, то громко смеются, пытаются встать с постели; во время сопора иногда наступает резкое двигательное возбуждение, с бурной вегетативной реакцией, реже - судорожные подергивания и припадки.

Формы помрачения (нарушения, расстройства, изменения) сознания. Делирий возникает обычно к вечеру и длится в течение нескольких часов или суток. Характерны сценоподобные сложные галлюцинации, преимущественно зрительные - подвижные и красочные, часто устрашающие; имеют место также слуховые и тактильные галлюцинации, иллюзии, ложное узнавание. Ориентирован больной только в собственной личности. Поведение полностью зависит от особенностей патологии восприятия и мышления. Воспоминания о делирий довольно полные.

Например, у больного хроническим алкоголизмом (вне алкогольной интоксикации) возникло воспаление легких. Ночью в палате терапевтического отделения городской больницы он внезапно "увидел, как на потолке появилась мошка"; количество насекомых становилось все больше и больше, а потом они "стали падать - на пол, на одеяло, на тело, на голову"; "сказал сестре -не поверила, засмеялась". Больной испытывал страх, весь вспотел, "застучало сердце". Стал "стряхивать с себя мошку". Страхусилился еще более, когда заметил, что "кроме мошки" по полу бегают мыши и крысы: "Одна было забралась под подушку-поймал и бросил на пол". Переведенный в психиатрическую больницу, больной видел там на стене "огромного паука", ощущал ползание насекомых по телу. В беседе с врачом правильно называл свое имя, фамилию, возраст

и т.п., но считал, что находится в гостях, принимал врача за "брата соседа", узнавал в больных своих родственников и знакомых.

Онейроид - более глубокая, чем делирий, форма расстройства созна-ния.Бодьной дезориентирован (или ориентирован ложно), погружен в мир собственных переживаний - фантастических и грезоподобных, отдельные картины которых

довольно последовательно сменяют одна другую, не вызывая в эмоциональной сфере больного выраженных сдвигов. Об имеющихся расстройствах восприятия, мышления можно догадываться лишь по смене выражения лица больного.

Контакт с больным обычно невозможен. Длительность онейроида - много дней и недель. Воспоминания о переживаниях во время онейрои-да - наиболее полные по сравнению с другими формами помрачения сознания.

Например, у больной кататонической формой шизофрении студентки педагогического вуза, 21 года, возникло состояние, характеризовавшееся обездвиженностью (целыми днями неподвижно лежит в постели). Глаза закрыты, веки дрожат. Время от времени выражение лица начинает постепенно изменяться: строгое - переходит в улыбку, которая сменяется выражением напряженного внимания и т.п. Поза больной, выражение лица не меняются в том случае, когда к ней подходят и говорят о ней около ее постели. По исчезновении психотической симптоматики больная охотно рассказала о своих переживаниях во время ступора: "Видела всякого много, как во сне, потому, наверное, и не боялась. Например, кровати, стоящие напротив в палате, казались отдельными длинными камерами, куда то и дело вносили на носилках людей, они вставали и, гремя цепями, уходили вдаль, скрывались через стены. Затем все они сразу вдруг вернулись, толпа подошла ко мне и я увидела, что это М. Горький, а с ним группа балерин - все они в белых пышных пачках. М. Горький что-то говорил и как-то внезапно пропал. Его исчезновение было "вполне компенсировано" появлением моей любимой балерины О. Лепешинской" и т.д.

Сумеречное расстройство сознания характеризуется внезапным началом и столь же внезапным окончанием, дезориентировкой и отсутствием воспоминаний на период нарушенного сознания. Клинически различают несколько разновидностей сумеречного помрачения сознания.

Так называемые "классические сумерки" - довольно постоянные по содержанию галлюцинации и относительно систематизированный бред сочетаются с целеустремленным, иногда опасным для жизни и самого больного и окружающих поведением, аффектами гнева, страха, соответствующими галлюцинаторно-бредовыми переживаниями.

Например, семейная жизнь удочери больной У. сложилась крайне неудачно, что постоянно было предметом забот и причиной переживаний больной. В течение нескольких дней перед приездом "молодых" больная сильно волновалась, плакала. Задолго начала готовиться к встрече. Накануне дня приезда ночью "услышала" стук в дверь и в окне "мелькнуло лицо дочери".

Сразу же зажгла свет, стала накрывать на стол, позвала домочадцев, объясняя им, что "наконец-то приехали". На замечания родных, что во дворе никого нет, не реагировала. В связи со странным поведением больная была доставлена в психиатрический диспансер, где поведение ее продолжало оставаться неправильным: видела большую черную яму, где медленно передвигались одетые в черное люди, слышала "панихид-ное пение" и т.п. Через несколько минут после сеанса гипнотерапии ничего о своих переживаниях сообщить не могла. Была удивлена, что попала в больницу.

Амбулаторный автоматизм характеризуется двигательным возбуждением без каких-либо других нарушений в сферах восприятия, мышления и эмоциональной. Может проявляться в серии последовательных, стереотипных движений или в более сложных целенаправленных двигательных актах, совершаемых на ходу. Бессознательные движения могут быть хаотическими, нелепыми и кратковременными (больной свертывает валиком одеяло; обшаривает руками свое тело, голову; крутится на месте; бросается внезапно бежать и др.).

Такой вид амбулаторного автоматизма носит название фуги. Более длительные состояния (несколько дней, недель, месяцев) и с более упорядоченным поведением (например, переезд из города в город, покупка ненужных предметов и раздача их посетителям магазина) именуются трансами. Если амбулаторный

автоматизм (фуга или транс) возникает во время сна - говорят о сомнамбулизме (ноктамбулизм, снохождение, лунатизм, ночное блуждание).

Сумеречные расстройства сознания, возникающие среди ночи, не следует смешивать с одной из форм нарушения обычного физиологического сна ("сон в области моторного анализатора"). Такого человека можно разбудить - сознание полностью восстанавливается (через несколько секунд, минут), он идет к своей кровати и снова засыпает. Если блуждающий во сне разбужен не будет, то о ночных событиях воспоминаний не остается. Все пять вышеуказанных терминов до настоящего времени используются в большинстве источников для обозначения как патологии сознания, так и временных нарушений физиологического сна.

Аменция (спутанность сознания) - тяжелая по течению и глубокая по характеру расстройств форма помрачения сознания. Для аменции свойственна полная дезориентировка, отрывочные и бессистемные бредовые и галлюцинаторные переживания, бессвязное (до инкогеренции) мышление, резкие колебания настроения, хаотическое двигательное возбуждение в пределах постели. Контакт с больным невозможен, окружающая обстановка не осмысляется. Длительность аменции - несколько дней, чаще - недель; воспоминаний никогда не остается.

Например, состояние больной Ч., 39 лет, с острым инфекционным (в послеродовом периоде) психозом, характеризовалось чередованием то растерянного, то напряженного выражения лица, невозможностью при-43

влечь ее внимание, разорванной речью (говорит очень быстро, неразборчиво, невпопад). Волосы распущены и спутаны. Берет в руки попадающиеся в поле зрения предметы, называя их все подряд. В речи имеются элементы эхолалии, персевераций: "Чепрасова.Чепрасова я! Громче говорите, громче! Грач ходит, патефон играет, крутится. Грач, грач! Громче. Расписывались все, Чепрасова... Часы, кушать хочется, привезли, привезли, зорким влечет, портретик висит, зеркальце" и т.д. Наладить с больной какого-либо удовлетворительного контакта не удается.

Четкое знание будущими психологами отдельных симптомов патологии сознания, особенно оглушения, поможет им правильно оценить состояние пациента и вовремя начать оказывать ему помощь.

6. ИССЛЕДОВАНИЕ СОЗНАНИЯ

Изучение сознания начинается с проверки ориентировки в личности пациента (аутопсихической ориентировки) - фамилия, имя, отчество, возраст, профессия и др. Ориентировка в месте, времени и окружающем носит название аллопсихической ориентировки: в месте - город, учреждение, где находится пациент; во времени - текущий год, месяц, число; в окружающем - с кем пациент беседует, кто его окружает. Проверяется также способность понимать вопросы и отвечать на них, выполнять некоторые задания (например, передавать переносный смысл пословиц, писать, рисовать), решать элементарные задачи (например, считать, складывать числа, умножать цифры). Полученные данные вместе с особенностями моторики и поведения позволяют определить степень оглушения. Для диагностики оглушенности требуется наличие наблюдательности. Установив факт оглушенности, следует несколько изменить план обследования пациента, говорить громче, терпеливо дожидаться, пока больной будет обдумывать ответ. Ответы же (точность дат, имен, последовательность событий и т.п.) необходимо оценивать с точки зрения патологии сознания.

Если известно, что нарушьте (выключение) сознания возникло в результате сильного потрясения или переживания, то следует расспросить пациента о предшествовавших событиях, о самом травмировавшем психику факторе, о том, что было далее, кто оказал первую помощь, сопровождал в больницу и т.п. С помощью тщательного расспроса можно установить вид нарушения сознания, его длительность и др., что будет способствовать выбору наиболее рациональных терапевтических мероприятий.

Кроме беседы с пациентом (и его родственниками!), для решения вопроса о сохранности сознания большое значение имеют данные наблюдения: мимика, пантомима, логичность поступков, своевременность их, законченность и т.д. Играет роль и патология других психических функций - иллюзии и галлюцинации, бред, замедление мышления, персеверации, разорванность и др.

Ддя констатации сопора и комы прежде всего необходимо исключить возможность контакта с пациентом (задаются вопросы о фамилии, имени), после чего переходят к изучению внешнего вида, в частности - его положения, активных движений и особенностей соматических и вегетативных расстройств (пульс, дыхание, артериальное давление, потливость, окраска кожных покровов, непроизвольное испускание мочи и др.). Затем необходимо получить информацию о реакциях зрачков, мигательном рефлексе, болевой чувствительности, рефлексах - физиологических и патологических. При сопоре больной реагирует на уколы, сохраняется реакция зрачков на свет и корнеальный рефлекс. При коме функционируют только жизненно важные центры - дыхательный и сердечно-сосудистый. Если нельзя с уверенностью сделать заключение о наличии сопора или комы, то следует высказать предположительное заключение типа "глубокий сопор, переходящий в кому", "начинающаяся кома". В клинике в зависимости от нозологии при определении глубины и формы выключения сознания используются соответствующие лабораторные обследования (исследование крови на содержание этилового алкоголя, на глюкозу, остаточный азот, билирубин; мочи - на кетоновые тела, алкоголь, уробилин и др.) и симптомы - запах изо рта, консистенция глазных яблок и др.

При различных формах помрачения сознания описываются внешний вид больного (лицо, одежда), поведение (профессиональный делирий, муссититирующий, целеустремленность поступков, бессмысленные и бессистемные движения и пр.). Особое внимание обращается на состояние эмоциональной сферы (эмоциональная гипестезия при оглушении; относительно быстрая смена настроения при делирий; "мирные" эмоции - типа радости, удивления, легкого недовольства - при онейроиде; повышенная аффективность, злобность - при сумеречном расстройстве сознания; мимолетные, хотя и резкие, колебания в чувственной сфере (мгновенные переходы от плача к слезам, от радостного настроения к выраженной пугливости - при аменции и др.).

Если удается наладить с пациентом контакт, то наряду с проверкой правильности ориентировки и собиранием анамнестических сведений, необходимо выяснить характер расстройств в сферах восприятия, мышления, возможность критической оценки случившегося, а также исследовать особенности имеющихся у больного расстройств памяти и внимания.

В каждом случае наличия подозрений на нарушение сознания необходимо по возможности как можно быстрее пригласить соответствующего врача-специалиста. Лечение надо считать наиболее целесообразным именно в том стационаре, специалисты которого по своему профилю работы способны оказать пациенту наиболее необходимую в данное время помощь. Например, после возникновения сумеречного помрачения сознания после открытой черепно-мозговой травмы лечение, по

крайней мере в первое время, должно осуществляться в нейрохирургическом отделении с обязательным круглосуточным наблюдением.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что поскольку сознание человека проявляется разнообразно, то и при исследовании его расстройств единственно правильным будет всесторонее изучение больного, различных сторон его психической деятельности: восприятия, памяти, мышления, интеллекта, внимания, эмоциональной сферы и воли. Только по совокупности выявленной патологии можно составить верное представление о сохранности сознания или о той или иной форме его выключения, помрачения. Глава 2 ЛИЧНОСТЬ

1. ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Вокруг вопроса о психологических особенностях личности идет острая, веками не прекращающаяся борьба между различными направлениями психологической науки. Остановимся на тех наиболее распространенных учениях о личности, которые имеют непосредственное отношение к медицине. Уже Гиппократ предлагал лечить больного с учетом его индивидуальных особенностей и в зависимости от окружающего человека мира. Как в эпоху феодализма, так и в период зарождения буржуазных отношений, создавались различные теории личности, доказывающие врожденные и неизменные психические особенности личности человека.

Биологический фатализм в различных учениях о качествах личности, начиная от "физиогномики" И.-К. Лафатера (1741-1801), френологии Ф.-И. Галля (1758-1828) и трансформируясь уже в наше время в психо-морфологическом локализационизме (К. Клайет, Э. Кречмер и др.), остается и поныне одной из широко распространенных теорий личности. Так, Э. Кречмер указывал, что свойства личности связаны с конституциональными особенностями в строении тела. Исходя из своих наблюдений, сделанных в психиатрической клинике, он выделял вначале две разновидности характера - шизотимический (сдержан, необщителен, туп, раздражителен и др.) и циклотимический (реалистичен.общителен, человеколюбив, любознателен и др.). По мнению Э. Кречмера, лицам пикнического телосложения соответствует циклотимический характер; атлетического, астенического и диспластического телосложения - ши-зотимический. В дальнейшем эта классификация была дополнена эпилептическим характером (гневливо-злобен, вязко-мелочен и др.).

Значительно более широкое распространение в мире получило другое направление - психоаналитическое. Создатель его Зигмунд (Сигизмунд) Фрейд (1856-1939) утверждал, что личность представляет собой проявление борьбы бессознательного (инстинктивного, главным образом сексуального влечения и влечения к смерти) с сознательным. Бессознательное, по 3. Фрейду, в разнообразных формах способно проявляться в той или иной деятельности человека, в его речи. Поэтому даже творчество рассматривается как проявление инстинкта самосохранения, в котором сексуальное влечение является главной движущей силой. Последователь Фрейда К. Холл в "Азбуке фрейдистской психологии" квалифицирует творческую деятельность В. Шекспира, П.И. Чайковского, У. Уитмена, М. Пруста как "сублимированное выражение их гомосексуальных стремлений". Другими словами, неудовлетворенность личности в сексуальной жизни периодически давала толчок, выражавшийся в стремлении к творческому самовыражению. Согласно данному мнению, современная цивилизация препятствует проявлению инстинктов, именно поэтому влечения вытесняются в подсознательную область.что и может проявиться в виде невроза. Учитывая относительное постоянство и непрерывность процессов вытеснения в психике любого человека, последователи 3. Фрейда приходят к заключению, что каждый человек в какой-то степени систематически страдает неврозом.

Современные психоаналитики пытаются оценить не только качества и свойства отдельных личностей, но и психический склад отдельных национальностей, рас и народов. Доктор медицины психиатр Д.К. Мо-лони (США) в своей книге "Понимание японской души", сосредоточивая внимание на отношениях между родителями и детьми в Японии, выделяет специфические черты "вытесненных комплексов", будто бы свойственные именно японской нации. На основе этих взглядов им характеризуется психический склад всего японского народа.

Идейными источниками учения 3. Фрейда послужили "философия бессознательного" Э. Гаргмана (1842-1906) и способность к интуиции, обосновывавшаяся другими авторами, например А Бергсоном. По мнению одного из ранних учеников Фрейда А Адлера, при формировании личности основные ее качества вытекают из врожденного чувства неполноценности и стремления каждого человека к самоутверждению, руководствуясь при этом идеалом сверхличности. До некоторой степени модифицированное психоаналитическое учение стало в настоящее время одной из медицинских и психодогических основ психосоматической медицины, психоанализ широко рекламируется в западной (да и нашей) медицине как

единственно эффективный метод лечения, как панацея практически от всех заболеваний.

В последнее время психосоматическое направление в медицине получило в мире довольно широкое распространение. Оно возникло в противовес механистическим взглядам прошлого на патологический процесс (вехов-ская целдюлярная патология) как на локальный, ограничивающийся пределами конкретного органа или системы. Однако до сих пор нет единства в трактовке психосоматических взаимоотношений в условиях клинической патологии, представители различных направлений в психосоматике придерживаются различных взглядов.

Исследований, посвященных психосоматическим взаимоотношениям, выполнено много. Применение в большинстве из них объективных методов делает эти исследования с точки зрения клинической патологии в достаточной степени ценными. Однако трактовка полученных данных не всегда

опирается на научные взгляды, сводясь в ряде случаев к умозрительным построениям.

В течение последних десятилетий в психологии и психиатрии многих стран становится все более заметным влияние экзистенциализма, родоначальником которого можно считать немецкого ученого-философа М. Хайдеггера (1927). В соответствии с его взглядами, дополненными и развитыми в дальнейшем А. Маньковским, Э. Штраусом, Л. Бинсванге-ром, человек живет в созданном его психикой определенном "эскизе" мира, имеет его собственную "концепцию", человек открывает для себя именно тот горизонт, то "окно", ту "брешь", которые наиболее приспособлены к природе его личности. Отдельные люди как бы смотрят на мир через "отверстие в их сознании", каждый через свое собственное. Поэтому любой индивидуум видит окружающее по-своему. Особенно своеобразными "брешами" и "окнами" являются "отверстия в сознании" выдающихся художников и музыкантов, поэтов и изобретателей. Свойственный личности "эскиз", горизонт определяет ее самосознание. В соответствии со взглядами экзистенциалистов самосознание подвержено непрерывному развитию - появлению и возникновению (лат. existere - возникать). Понимание внутреннего мира личности, а при необходимости восстановление и реконструкция его - основная задача экзистенциального анализа. При этом представителями данного направления анализируются не объективные свойства психики как отражения реальной действительности (времени, пространства и др.), а спонтанно возникающие индивидуальные психологические особенности личности.

Концепция единства духа и личности, корни которой идут к Платону, легла в основу философии и психологии персонализма. Персоналисты, начиная с его основоположника - американского философа Б. Боуэна (1847-1910), считают личность "надындивидуальной" субстанцией, нейтральной по отношению не только к физической, но и психической сущности человека. Непознаваемое "ядро личности" (этот бытующий у психиатров термин заимствован у персоналистов) окружено "сферами" темперамента, характера, способностей. В поисках методологических основ для трактовки особенностей личности больного, его переживаний многие западноевропейские и американские врачи в настоящее время обращаются к психоанализу, экзистенциализму и персонализму.

Из этого обзора можно видеть, что история учения о личности прошда сложный путь и претерпела разнообразные изменения. Одни исследователи говорили о непознаваемости психики человека вообще, другие пытались изучить личность с помощью интуиции, "вчувствовавшись" в переживания человека; усилия третьих были направлены на исследование только внешних проявлений психической деятельности. Представители отдельных направлений в психологии пытались изучать внутренний мир человека вообще, вне связи с социальной средой. Иногда придавалось некоторое значение влиянию факторов внешней среды, однако по сравнению с

ролью врожденных качеств ей отводилось второстепенное место. Социальная среда, непрерывно совершающийся процесс общественного развития личности - то основное, что отличает человека в биологическом мире.

Следует различать понятия "человек" и "личность". Человек (родовое понятие) прежде всего биологическое существо, субъект общественно-исторической деятельности. Это понятие ("человек") включает в себя и соматическое, и психическое, а личность - только психическое проявление. Также и понятие "индивид" (от лат. individuum - неделимое, особь) указывает на единство, целостность организма как конкретного (человека, животного) с присущими ему особенностями, а понятие "индивидуум" (как единица общества) присуще только человеку. Понятие же "индивидуальность" означает оригинальность личности в интеллектуальной, эмоциональной, волевой сферах и поведении.

Личность проявляется в стиле жизни и поведения - в ее идейности, целеустремленности, моральной воспитанности, полноте и богатстве, активности и оригинальности. Если осознается значимая цель и возможность ее реализации, то говорят о перспективе личности, а при возникновении объективных или мнимых непреодолимых препятствий в достижении цели, то наступает состояние фрустрации, что может выразиться в грубости, фантазиях, замещающих деятельность, апатии, озлобленности, астении, депрессии и т.д. В зависимости от того, какие цели (трудные или легкие) ставит личность, это расценивается как уровень притязания личности: повышенный, пониженный, адекватный.

Станет ли личность гармоничной, односторонней, конфликтной, социально позитивной или социально опасной зависит не только от базаль-ной, но и программирующей части личности (К. Обуховский). Последняя включает систему задач трех уровней: конкретного уровня (что делать?), операционного уровня (как делать?) и ценностного уровня (зачем делать?). Когда развиваются все три задачи, то личность становится "эластичной", более адаптивной - если не стал хирургом, то стал терапевтом и т.д.; при этом важно, чтобы личная задача совпадала с внешней, общественной. При уменьшении задач и интеграции наступает бедность и деградация личности (например, у страдающих хроническим алкоголизмом).

2. СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ

Вопрос о психологических особенностях личности вообще и больного в частности является самым главным в медицинской психологии. Тем не менее он, к сожалению, остается на сегодня до конца не изученным.

Личность может быть определена как отдельно взятый конкретный человек - продукт общественного развития определенной исторической

эпохи, с присущими ему индивидуальными, биологически и социально обусловленными свойствами и качествами психики. Но человек - это не только личность, но и организм. Поэтому, уточняя приведенное определение, надо сказать, что личность - это человек в качестве носителя сознания.

Каждая конкретная личность имеет индивидуальную функциональную структуру свойств. Отдельные свойства личности, обычно называемые чертами, подвержены изменениям (условия жизни, воспитания, патологический процесс и т.п.). Поэтому обычно говорят не просто о структуре, но о динамической структуре личности.

Личность - центральный объект изучения психологии, социологии, педагогики, правоведения и многих других наук.

Различие подходов к пониманию личности затрудняет определение ее структуры. Например, А.В. Петровский выделяет три блока в структуре личности:

1) интраиндивидуальная личностная атрибуция (от лат. attributum - присовокупленное, существенный признак) - качества, присущие индивидуальному субъекту;

2) интериндивидуальная личностная атрибуция - пространство межын-дивидуальных связей (взаимоотношения, выбор, референтность и т.д.);

3) метаиндивидная личностная атрибуция - это предетавленность личности в других, что тем самым влияет на ее поведение, самоопределение и т.д.

Динамическая функциональная психологическая структура включает в себя четыре основных подструктуры (направленность, опыт, формы отражения и биологическая обусловленность) и две дополнительные (характер и способности). Личность развивается в деятельности.

Направленность личности. Передовые отечественные клиницисты середины и конца XIX века и начала XX века, исходя из принципа нервизма, рассматривали и изучали больного не только как объект, но и как субъект, неповторимую в своих свойствах личность, в единстве с внешней и в первую очередь социальной средой, во всей сложности их взаимосвязи и взаимообусловленности.

Правильно понять сущность личности человека как индивида, продукта общественно-исторического развития, как носителя индивидуального и общественного сознания и разрешить сложные вопросы соотношения психического с физиологическим, социального с биологическим можно лишь, опираясь на научные философские направления при учете всех других философских направлений вообще. С точки зрения материалистического учения личность определяется не столько биологическими, наследственными свойствами (хотя их значение велико и неоспоримо), сколько социальными. Поэтому ведущей, определяющей всю личность в целом является та ее социально обусловленная сторона, которая включает направленность личности, ее моральные качества.

Направленность личности - это совокупность взглядов, идей и убеждений человека, ставших руководящими в его активной деятельности, направленной на достижение относительно далеких и сложных, жизненно важных для него целей. Это устойчиво доминирующая система мотивов, определяющая избирательность отношений и активность человека - смысл жизни. Источниками такой активности могут быть стремление к наслаждению (гедонизм), исполнение долга (И. Кант), биологические влечения (3. Фрейд), стремление к господству (А. Адлер).

Потребности - это нужда в чем-то, проявляющаяся в виде мотивов. Различают следующие виды потребностей: а) наследственные (органические) - влечения: голод, половое, родительское, к активной деятельности (потребность в труде), ориентировочное влечение (научная любознательность, любовь к истине); б) приобретенные (например, органической является потребность в любой пище, а приобретенной - в пище определенного вкуса) - материальные, духовные (в познании - научном творчестве, эстетические - в художественном творчестве), общественные (в труде, персонализации, общественной деятельности, общении) (по А.В. Петровскому).

Мотивы - это то, что побуждает к деятельности: интересы, идеалы, мировоззрение, убеждение и др. В отличие от потребностей мотивы имеют глубокое содержание; они не только побуждают, но и направляют деятельность по отношению к объекту. Мотивы имеют значимую и смысловую стороны (значимая важна не только для конкретной личности, но и для других; смысловая - только для конкретной личности). Мотивировка - объяснение целесообразности при сокрытом реальном смысле.

К неосознанным побуждениям относятся влечения, установки и внушение.

Влечение - это побуждение к деятельности, представляющее собой недостаточно осознанную потребность, это этап формирования мотива поведения, а не

врожденные факторы поведения. Влечения либо угасают (голод, половое), либо осознаются и превращаются в желания (а желания в сочетании с волей - в стремление).

Установка (Д. Узнадзе) - неосознаваемое состояние готовности к определенной деятельности, с помощью которой может быть удовлетворена потребность. Повторные "установочные ситуации" складываются в ряд "фиксированных установок", которые неприметно для человека определяют его жизненную позицию в ряде случаев. Установки делятся на позитивные (к герою, учителю у первоклассника и т.д.), негативные (к "новым русским" и т.д.), предвзятость (к работникам банков и т.д.) - результат необоснованных выводов из собственного опыта, усвоенных стереотипов мышления.

Стремления - это мотивы, в которых потребности непосредственно не представлены в данной ситуации, но могут быть созданы как результат деятельности. Различают следующие формы стремлений: намерения - осознаются условия и средства (окончание института); мечта - образ

желаемого (высокая, низкая), побуждение к деятельности; страсти - мотивы, где потребности сильны и длительны; идеал - потребность подражать или следовать образцу (идеал нравственной воспитанности, учености, мастерства и т.д.). Идеал отражает и предвосхищает жизнь, вызывает удивление, восторг, восхищение, страстное желание работать. Отношение к идеалу может быть созерцательно-восторженным (восхищение идеалом и занятие самобичеванием) и страстно-деятельным (превращение идеала в черту характера, план жизни).

Направленность может быть общественной, деловой а личной. В направленности различают ее качества и формы. Уровень - это общественная значимость направленности. Положительная широта может переходить в разбросанность. Интенсивность может колебаться от полного безразличия до отчетливо выраженной страсти, связанной и с устойчивостью направленности. Важнейшим качеством направленности является ее действенность, в которой проявляется активность характера.

Формы направленности - это влечения и желания, интересы, склонности, идеалы, мировоззрение и как высшая форма направленности - убеждение.

Приобретенные потребности могут проявляться в мотивах интереса - избирательном отношении личности к объекту в силу его жизненного значения и эмоциональной привлекательности. Интерес - это специфическая познавательная направленность на предметы и явления окружающего мира. Специфическая потому, что у каждой отдельной личности имеются определенные сознательные мотивы и возникает соответствующая эмоциональная окраска объекта интереса. Особо следует подчеркнуть активность и волевой компонент в структуре того или иного интереса. Если степень активности невелика, то интерес имеет преимущественно созерцательный характер, если же активность значительна, то интерес побуждает человека к действию в направлении познания, овладения предметом интереса и становится склонностью.

Интересы, разные по широте, устойчивости и другим качествам, свойственны всем людям. При широких интересах обязательно предполагается выделение одного из них как основного и ведущего. Это придает человеку устойчивость в жизни, концентрирует его волю и помогает при достижении определенных успехов в процессе деятельности. Интересы могут быть общечеловеческими, классовыми, национальными и т.д. Различают следующие виды интересов: а) по содержанию - материальные, духовные, общественные; б) по цели - непосредственные (к процессу деятельности) и опосредованные; в) по устойчивости - устойчивые и неустойчивые; г) по уровню действенности - активные и пассивные; д) по объекту - широкие и узкие.

Идеал - высшая цель сознательных активных устремлений личности. Для человека является характерным стремление воплощать свои идеалы в определенные конкретные образы. Идеалы имеют большое воспита-54

тельное значение, хотя воспитание в себе тех или иных качеств в конечном счете зависит от волевых свойств личности.

Под мировоззрением понимается система взглядов на окружающую человека объективную реальность (природу, общество и человеческое мышление). Мировоззрение людей определяется общественным бытием, включающим теории и идеи, которые возникают на основе той или иной основы общественной формации. Мировоззрение личности, так же как и ее интересы, идеалы и потребности, существуют не сами по себе, а всегда связаны с духом времени, конкретной исторической эпохой и свойственным ей общественным сознанием. Понимаемое узко, мировоззрение - это морально-политические принципы, отражающие общественное бытие людей. О мировоззрении можно говорить тогда, когда содержание потребностей составляет организующую систему воззрений: философских, этических, эстетических, естественно-научных. Мировоззрение может быть активным и пассивным (миросозерцание), классовым, отдельной личности (ядро направленности, отношений).

Различают следующие качества мировоззрения: а) содержательность и научность; б) систематичность и целостность; в) логическую последовательность и доказательность; г) степень обобщенности и конкретизации; д) связь с деятельностью и поведением.

Мировоззрение - высший регулятор поведения. На его основе складывается нравственный идеал. При сочетании положительных качеств мировоззрение превращается в убеждение.

Убеждение - это система осознанных потребностей личности, побуждающих ее поступать в соответствии со своими взглядами, принципами и мировоззрением. Убеждения как высшая форма направленности определяются сочетанием мировоззрения со стремлением к его осуществлению, готовностью бороться за него. Убеждения - это глубокая и обоснованная вера человека в принципы и идеалы, которым он следует в жизни. Рассогласованность знаний и потребностей приводит к дефекту сферы убеждений. Убеждение формируется при активном отношении к действительности, вдумчивом, самостоятельном отношении к знаниям, ответственном отношении к своим обязанностям.

Мораль - обобщенное отражение в сознании (индивидуальном, общественном) нравственных явлений, она выступает как регулятор поступков личности. Согласно К.К. Платонову, различают моральные свойства личности, моральные убеждения и моральные чувства. Моральные качества проявляются в совести личности - нравственной самооценке своих поступков.

Морально невоспитанный человек - не знает норм поведения или знает их неглубоко, знание подобных норм не стало его убеждением.

Аморальные человек - включает в свое мировоззрение неверные нормы поведения (круговая порука, очковтирательство и т.п.).

55

Бессовестный человек - знает нравственные нормы общества и считает их правильными, но только для других, и потому не испытывает угрызения совести при самооценке своих поступков, противоречащих известным нравственным нормам.

Безнравственный человек - нс считает нравственные нормы общества обязательными ни для себя, ни для других, хотя теоретически знает их.

Из сказанного видно, что данная сторона личности (или, как говорят, подструктура) тесно связана с подструктурой, в которую входят индивидуальные

особенности отдельных психических процессов. Наиболее отчетливо это видно на убеждениях, в структуру которых входят компоненты мышления, эмоций и воли.

Обе указанные подструктуры связаны и с третьей - знания, навыки, умения и привычки данной личности, объединяемые понятием "опыт". Эта подструктура определяет уровень развития личности и имеет особое значение для медицинского психолога, врача и педагога. Врач должен остерегаться подменять знаниями больного оценку его мышления. Ни психотерапия, ни социотерапия нс станут эффективными, если не будут в должной мере учтены особенности третьей стороны личности больного.

В общей структуре личности выделяются индивидуальные особенности: темперамент, характер и способности.

3. ТЕМПЕРАМЕНТ

Элементом подструктуры личности является темперамент (от лат. tem-peiamentum - смесь, соразмерность). Темперамент - это особенности личности, характеризующие ее со стороны динамики психических процессов. Физиологической основой этих особенностей являются присущие нервной системе сила, скорость протекания, быстрота смены и уравновешенность основных нервных процессов - возбуждения и торможения, а также открытые Б.М. Тепловым вместе с коллегами динамичность нервной системы, характеризующая скорость образования положительных и тормозных условных рефлексов, и лабильность - результат скорости возникновения и прекращения процесса возбуждения и торможения.

По изложенной ниже схеме общего анамнеза и наблюдений в повседневной обстановке можно судить о силе нервной системы на основании следующих показателей:

1) способности выдерживать напряжение особо сложных жизненных ситуаций или утомляющее воздействие монотонной обстановки;

2) высокой степени работоспособности;

3) настойчивости в достижении поставленной цели;

4) способности долго поддерживать интенсивное внимание, несмотря на отвлекающие раздражители;

5) наличия волевых качеств инициативности и самостоятельности;

6) отсутствия срывов в поведении в ситуациях ожидания жизненно важного события;

7) терпеливости при боли;

8) умения спокойно находить выход в трудных ситуациях. Соответственно показателями слабости нервной системы являются противоположные перечисленным психологические проявления. Сюда же можно добавить стремление вызвать сочувствие у окружающих, стремление в любом случае избегать трудных ситуаций и решать все сложные вопросы с помощью других. При использовании этих показателей необходимо по возможности более четко определять, является ли данная черта следствием соответствующего темперамента или просто неправильного воспитания.

При рассмотрении проявлений свойства уравновешенности или баланса нервных процессов с помощью общего анамнеза необходимо учитывать следующие показатели:

1) ровное поведение в ситуациях ожидания;

2) дисциплинированность, умение сдерживать свои эмоции, когда это требуется;

3) стабильность настроения;

4) хороший сон до и сразу после какого-нибудь ответственного мероприятия или жизненно важного события;

5) незначительная длительность переживания после неудач;

6) способность удержаться, где этого требует обстановка, от импульсивных действий (конечно, и неуравновешенный человек может при желании сдержаться, только это ему стоит больших нервных усилий);

7) устойчивость впечатлений;

8) объективное отношение к поступкам окружающих;

9) адекватная возбудимость в любой деятельности (т.е. такая, какая требуется обстановкой, не больше).

При определении общих показателей особенностей свойства подвижности (т.е. общий анамнез) выделяются в основном скоростные характеристики деятельности - быстрота:

1) усвоения новых привычек;

2) избавления от вредных привычек;

3) исправления ошибок в поведении и отношениях;

4) принятия самостоятельных решений в неожиданных, сложных ситуациях;

5) смены настроений;

6) засыпания и перехода от сна к бодрствованию;

7) приспособления к новым условиям жизни, резко отличным от привычных;

57

а также:

8) склонность к различным, даже противоположным по своему характеру, видам деятельности;

9) изменение отдельных черт характера на протяжении жизни;

10) смена привязанностей, интересов;

11) переключение внимания на новые объекты;

12) быстрота смены темпа и ритма движений.

Значительный вклад в понимание физиологической сущности известных еще со времен античной медицины темпераментов внесло учение о типах нервной системы И.П. Павлова. В зависимости от сочетания указанных Павловым свойств возбудительного и тормозного процессов можно было бы выделить довольно большое количество темпераментов. В практике же чаще всего пользуются классификацией, предусматривающей выделение четырех основных типов: холерического, сангвинического, флегматического и меланхолического. Психологическая характеристика типов темперамента определяется:

сензитивностью - реакцией на наименьшую силу внешнего воздействия;

реактивностью - силой эмоциональной реакции на внешние и внутренние раздражители одинаковой силы;

активностью - степенью активности при воздействии на окружающих;

соотношением реактивности и активности,

темпом реакций - темп речи, скорость движений, находчивость и т.п.;

пластичностью и ригидностью - быстротой адаптации к изменившимся условиям;

экстравертированностью/интровертированностью - экстраверты больше реагируют на внешние раздражители, а интроверты - на собственные образы и представления; быстротой сосредоточения внимания.

Соотношение психологических показателей для различных темпераментов представлено в таблице.

Люди холерического темперамента характеризуются глубиной своих устремлений, склонностью к быстрой смене настроения, бурным эмоциональным переживаниям, неуравновешенности и цикличности. Они психомоторно подвижны, мимика их отличается живостью и разнообразием. Физиологическая характеристика - сильный, подвижный, неуравновешенный тип нервной системы. Холерический темперамент описан современниками у А.С. Пушкина, А.В. Суворова, Петра Первого.

Психологический показатель; Темперамент (холерический; сангвинический; флегматический; меланхолический).

Сенситивность (наименьшая сила реакции): пониженная; пониженная; пониженная; повышенная;

Реактивность (сила эмоциональной реакции): повышенная; пусто; пониженная; пониженная;

Активность (степень активности человека): повышенная; повышенная; повышенная; пониженная; + + + +

Соотношение реактивности и активности: реактивность и активность; реактивность и активность; активность; пусто;

Темп реакций (скорость движений, речи): быстрый; быстрый; медленный; медленный;

Пластичность или ригидность: пластичность и ригидность; пластичность; ригидность; ригидность;

Экстравертность или интровертность: экстравертность; экстравертность; интровертность; интровертность;

Сосредоточение внимания: Медленное; быстрое; медленное; медленное (легкая отвлекаемость, неустойчивое);

Сангвиники подвижны, речь их сопровождается богатой жестикуляцией. Они эмоционально отзывчивы на все воздействия окружающей действительности и характеризуются быстрой сменой настроений и сравнительной легкостью, с которой переносят неудачи и жизненные невзгоды. Отмечается также некоторое поверхностное отношение к делу, с лихвой "компенсируемое" чрезвычайной общительностью, приветливостью к людям. Физиологическая характеристика - сильный, подвижный, уравновешенный тип нервной системы. Сангвинический темперамент

наблюдавшийся у А. И. Герцена, весьма образно описан Л.Н. Толстым в "Анне Карениной" у Стивы Облонского.

Представители флегматического темперамента медлительны и спокойны. Внешние проявления их переживаний относительно небогаты и бледны, смена чувств происходит у них постепенно. Эти "упорные труженики жизни" начатое дело всегда доводят до конца, неизменно оставаясь невозмутимыми и сосредоточенными. Физиологическая характеристика - сильный, инертный, уравновешенный тип нервной системы. Пример - И.А. Крылов.

Меланхолики характеризуются пониженной активностью, быстрой утомляемостью, внешним спокойствием, несмотря на значительную глубину их переживаний. Они робки и застенчивы, нерешительны и легко ранимы, смена настроений замедленна. Физиологическая характеристика - преобладание слабости нервных процессов, не позволяющее определить их отдельные свойства. Представителями меланхолического темперамента можно считать В.А. Жуковского, Н.В. Гоголя. Б.М. Теплов (1896-1965) на основании полученных им экспериментальных данных пришел к выводу, что, несмотря на отрицательные стороны (слабость) типологических особенностей меланхолического темперамента, у людей этого типа отмечается и ценное положительное качество: высокая абсолютная чувствительность. Даже при одной лишь физиологической характеристике данный тип нервной системы нельзя считать "социально неполноценным", как это утверждалось ранее некоторыми авторами.

У большинства людей отмечается сочетание выраженных свойств одного темперамента с некоторыми свойствами другого. Реже можно встретить в жизни представителей того или иного темперамента "в чистом виде", с четко очерченными характерными чертами и без "добавления" нехарактерных, поэтому каждую личность при оценке ее темперамента надо как бы расположить в системе трех координат.

Все описанные, так называемые общие типы нервной системы (или типы высшей нервной деятельности) не являются чем-то неизменным. Это было доказано благодаря испытаниям, проводимым на животных в лабораториях И.П. Павлова, и клиническим исследованиям человека. Однако, и не изменяя своего темперамента, человек адаптирует к нему свой индивидуальный стиль работы (В.С. Мерлин, 1964).

Помимо свойств возбудительного и тормозного процессов, деятельность нервной системы характеризуется еще и особенностями взаимоотношений сигнальных систем. При любом общем типе нервной системы у человека взаимоотношения сигнальных систем могут быть своеобразными. В зависимости от преобладания деетельности первой или второй сигнальной системы И.П. Павлов выделил три "истинно человеческих" типа: мыслительный, художественный и средний.

В случае функционального перевеса деятельности второй сигнальной системы мы будем иметь дело с мыслительным типом. Представители этого человеческого типа склонны к рассудочной жизни, анализу и

"расщеплению" явлений окружающей действительности, к отвлеченному абстрактно-логическому мышлению. Их чувства отличаются сдержанностью и умеренностью. Типичным представителем этого типа был академик И.П. Павлов.

Люди, у которых отмечается преобладание первой сигнальной системы, принадлежат к художественному типу. Мышление их отличается преобладанием конкретно-образного и эмоционального компонентов; налицо большая сила воображения, непосредственность и живость вос^ приятия действительности. Характерна и определенная склонность к эффекту. В соответствии с особенностями творчества, по свидетельствам биографов, друзей и близких к представителям художественного типа можно отнести Л.Н. Толстого, И. В. Гёте.

Уравновешенность в деятельности сигнальных систем дает средний, промежуточный тип. По сравнению с двумя крайними типами средний, истинно человеческий тип встречается гораздо чаще (до 80%).

Еще И.П. Павлов неоднократно подчеркивал, что преобладание функции одной из сигнальных систем зависит главным образом от обстановки, в которой протекало воспитание. Поэтому как свойства общего типа нервной системы, так и качества истинно человеческого типа могут меняться под влиянием деятельности, благодаря тренировке. Как и в случае общих типов нервной системы, когда возможны сочетания в одной личности качеств, характерных для иных темпераментов, при истинно человеческих типах преобладание свойств, указывающих на функциональный перевес одной из систем, не исключает возможности проявления иных черт. Так, представителям художественного типа вполне доступны отвлеченные, высшего порядка абстракции, а людям мыслительного - конкретно-образные суждения. Тем более ни в коей мере не зависит ел-тех или иных соотношений сигнальных систем степень интеллектуального развития. При любом типе - и общем, и истинно человеческом - могут иметь место самые различные способности, так же как и прочие свойства личности, что дает возможность соответственно формировать необходимые ей качества.

Хотя деятельность людей, их поведение и связаны с типологическими особенностями, тем не менее они обусловливаются главным образом системой общественных отношений, сложившихся под влиянием условий жизни на всем протяжении истории развития личности. Однако индивидуальный стиль деятельности (система приемов и способов) обусловлен типологическими особенностями, что должно учитываться при выборе профессии (например, для врачей - врачебной специальности).

4. ХАРАКТЕР

Характер (от греч. harax - черта, примета, признак) - это сочетание наиболее устойчивых особенностей,существенных свойств личности,про-являющихся в поведении человека и определенном отношении его к окру-61

зиающей действительности и к самому себе. В отличие от всех прочих свойств личности характер не является одной из ее составных частей, но представляет собой внешнее проявление единства почти всех входящих в нее, если так можно выразиться, компонентов. Другими словами, характер - это качество личности в целом. При этом "все черты характера являются чертами личности, но не все черты личности являются чертами характера" (К.К. Платонов). Например, из такой подструктуры личности, как направленность, характер может быть представлен в чертах целеустремленности, принципиальности, требовательности, оптимизма, превалирования духовности или материальных интересов вплоть до черт жадности и скупости и др.; из подструктуры опыта - в чертах рассудительности, планомерности, усидчивости, привычки или разбросанности, легкомыслия и т.д.; из подструктуры форм отражения - настойчивости, решительности, дисциплинированности, страстных и холодно-рассудительных отношений и т.д.; из биологически обусловленной подструктуры - в общем психическом тонусе, активности, подвижности и т.д.

Обобщенные данные черт темперамента и характера представлены на схеме (см. с. 63).

Свое внешнее выражение характер находит в направленности всей многогранной и сложной деятельности индивида. Отдельные черты взаимосвязаны и образуют структуру характера, состоящую из содержания (системы отношений) и формы проявления. Во-первых, это отношение личности к другим людям и обществу в целом, коллективизм и индивидуализм, эгоизм; гуманность, чуткость и человеконенавистничество, жестокость и черствость; правдивость и лживость и пр. Во-вторых, отношение к труду-, трудолюбие и леность; аккуратность и небрежность; инициативность и косность; чувство "нового" и консерватизм; бережливость и скупость и пр. В-третьих, отношение к самому себе-, высокая

требовательность и самоуспокоенность; самокритичность и преувеличенное самомнение; скромность и высокомерие; чувство собственного достоинства и недооценка его; застенчивость и кичливость и т.п. В-четвертых, проявление волевых качеств: целеустремленность и возможность отхода от планомерного достижения поставленной перед собой основной задачи или отсутствие руководящей цели; самостоятельность и действия вопреки убеждениям, т.е. под влиянием извне; решительность и неуверенность; настойчивость и несостоятельность в доведении начатого дела до конца; выдержка, самообладание и невозможность управлять своими действиями, сдерживать при необходимости свои потребности, переносить физические страдания, невзгоды; дисциплинированность и неумение подчинять свои действия правилам общежития; смелость, мужество и трусость, малодушие.

62

Характеристика личности по Г.Ю. Айзенку: внутренний круг - четыре вида темперамента по Гиппократу и Галену; внешний - результаты факторно-аналитических исследований Г.Ю. Айзенка.

(Схему можно представитть в виде: Меланхолик(интроверт, нестабильный): склонный к расстройству, робкий, боязливый, трусливый, ригидный, сухой, трезвый, здравомыслящий, пессимистичный, сдержанный, холодный, необщительный, нелюдимый, тихий;

Флегматик (интроверт, стабильный): пассивный, тщательный, точный, добросовестный, задумчивый, миролюбивый, добродушный, управляемый, надежный, внушающий доверие, верный, пропорциональный, равномерный, спокойный;

Холерик (экстраверт, нестабильный): восприимчивый, беспокойный, непоседливый, агрессивный, возбудимый, раздражительный, капризный, своенравный, склонный к причудам, импульсивный, оптимистичный, активный;

Сангвиник (экстраверт, стабильный): общительный, компанейский, отзывчивый, словоохотливый, болтливый, приятный в общении, живой, оживленный, беззаботный, беспечный, удобный, уютный, любящий покой, склонный к лидерству.)

Внешне характер может проявляться в виде поступков (проступков), во внешнем облике, позах, мимике, жестах, пантомимике, походке и т.д. Нередко внутреннее содержание характера (трусость, предательство и т.п.) маскируется внешними атрибутами - "хорошая мина при плохой игре".

Физиологической основой характера, состоящего из генотипа и фенотипа, является общий и человеческий тип высшей нервной деятельности и образование динамических стереотипов.

В развитии характера большую роль играют подражание, установки, конфликты. Формирование характера происходит только под влиянием общественной среды (типические черты национального, классового характера) и индивидуального опыта в виде проявления некой совокупности личностных качеств. Характер формируется на всем протяжении жизни человека и в свою очередь сам оказывает существенное влияние на развитие личности в целом. В зависимости от характерологических особенностей личности разрешаются внутренние противоречия в человеке и определяются его действия. Недостатки характера могут проявляться в лености, неорганизованности, эгоизме, капризности, лживости и т.д.

5. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА

На практике приходится иметь дело с людьми, не совсем обычные черты характера которых объясняются возрастными особенностями, болезнью и т.п. Медицинский психолог, врач и педагог должны обязательно ориентироваться в этом вопросе, ибо то, что свойственно например, юношескому возрасту, у взрослого или

пожилого человека следует расценивать как необычное и наоборот. Знание характерологических черт, присущих людям определенных возрастных категорий, несомненно, облегчит налаживание и поддержание с ними необходимого контакта. В этом аспекте заслуживают специального описания подростковый и старческий возрасты.

Подростковый возраст - переходный от детства к юности. Он охватывает достаточно широкий возрастной интервал -от 12 до 18 лет. К этому времени уже налицо достаточные навыки в чтении, письме, многих трудовых навыках. Подросткам свойственно достаточно серьезное отношение к своим поступкам, собственной личности, к словам и действиям окружающих. На психологию молодого человека достаточно серьезный отпечаток накладывает и начинающееся половое созревание. Детские черты - непосредственность, наивность и др. - постепенно исчезают, однако от этого взрослым подросток еще не становится.

Стремление к самостоятельности - одна из черт характера, наиболее свойственных этому возрасту. Внушаемость остается все еще достаточно выраженной. Оба упомянутых свойства можно с успехом использовать во

время беседы, обследования, лечения. В части случаев подростки начинают считать себя "совсем взрослыми", что выражается иногда в форме упрямства, своеволия.

Поведенческие реакции подросткового возраста проявляются весьма многообразно. В целях управления поведением подростка исследователи пытались их классифицировать. В нашей стране признание нашла классификация поведенческих реакций подросткового возраста, основанная на личностных особенностях подростков.

Реакция отказа возникает при резком изменении ситуации и проявляется в отказе от игр или другой какой-нибудь деятельности, т.е. является пассивно-оборонительной реакцией.

Реакция "оппозиции" возникает как активный протест при непосильных требованиях, предъявляемых к подростку (отличная учеба, успеваемость, одновременные занятия спортом, музыкой, языком и т.д.). В таких случаях подросток активно сопротивляется, проявляет непослушание, дерзость и т.д.

Реакция компенсации развивается у подростка в случае слабости какой-либо физической или психической функции, которую он компенсирует более развитой функцией. Так, например, физическую слабость он может компенсировать отличной учебой и наоборот. При реакции гиперкомпен-сации подросток развивает ту или другую слабую функцию и может достигать в этом отличных результатов.

Реакция имитации проявляется в подражании определенному лицу или образу. Чаще всего подросток подражает кому-либо из своих сверстников, более популярному и в чем-либо преуспевающему. На формирование реакции имитации большое влияние оказывает и окружающая среда в широком смысле слова.

В плане специфических поведенческих реакций подросткового возраста также рассматриваются реакции группирования - стремление подростка в группу сверстников, увлечения-хобби, реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, и др. Знание этих реакций необходимо как для психологов и педагогов, так и для социологов, юристов и психиатров.

Свойства личности проявляются в интересах. Одних при чтении книги начинает интересовать фабула, других - описание переживаний героев, подробности пейзажа, ситуации и т.п. Одни большую часть времени посвящают игре в шахматы, другие - живописи, музыке и т.п. Начинающееся преобладание одной из сигнальных систем можно выявить, если попросить, например, рассказать о том, где был и что видел подросток во время летних каникул, в кино, театре. Формируются волевые качества, движения становятся более точными и ловкими, у

девочек появляются грациозность и плавность в движениях, они тщательнее следят за своей внешностью. Однако выдержка подростка нередко больше напоминает упрямство. Воспитанию воли, упорства в значи-65

тельной степени может способствовать увлечение одним из видов спорта.

В эмоциональных чертах личности все еще преобладают повышенная возбудимость, страстность и запальчивость. Подростки любят рискованное, "презирают" осторожность. Может наблюдаться и противоречивость в чувствах: эмоциональная сфера несколько "отстает" от некоторых психических функций, все больше и больше приближающихся по своим качествам к тому, что наблюдается у взрослоого человека. Зато высшие чувства, несомненно, прогрессируют и в зависимости от условий воспитания могут иногда достигать довольно высокого уровня. Развито чувство товарищества (группирования со сверстниками), выражено стремление к коллективизму. Вера в друзей велика, поэтому возникает горькое чувство разочарования, если товарищ не оправдывает этой веры. Юноша или девушка вообще весьма чувствительны к критике товарищей, коллектива, своей микрогруппы, хотя это и не всегда проявляется внешне: подростки стесняются выражать свои эмоции.

Эгоизм и детский эгоцентризм постепенно, по мере роста и укрепления общественного сознания, подавляются. Поступки оцениваются с различных точек зрения, хотя и не всегда верно. В стремлении казаться более взрослыми, самостоятельными, в своих опасениях не прослыть слабовольными подростки могут совершать необдуманные действия. С течением времени подобные "перегибы" наблюдаются все реже и реже. Решающее значение играет среда, в которой протекает воспитание подростка, пример взрослых.

Своеобразие характера в подростковом возрасте нередко проявляется в его "заострении", акцентуации, которая обусловлена как социальными факторами - усложнением взаимоотношений с окружающими, так и биологическими сдвигами - нейроэндокринной перестройкой, лежащей в основе полового созревания. Недостаточный учет особенностей характера в пубертатном периоде способствует возникновению напряженных, конфликтных отношений в семье и школе. Остановимся более подробно на путях коррекции некоторых типов акцентуаций характера, выделенных А.Е. Личко, в целях предупреждения социальной дезадаптации подростка.

Конформный тип акцентуации характера встречается нередко. Его основной чертой является соглашательство с тем, что диктует непосредственное привычное окружение. Представители этого типа как бы утрачивают свое "я" и плывут по течению, не раскрывая полностью свои потенциальные возможности в учебе и трудовой деятельности. Шаблонность поведения подростка и его ограниченность общепринятыми рамками часто может, несмотря на довольно успешное учение, восприниматься окружающими как бесцветность личности и интеллектуальная примитивность.

В целях коррекции такой акцентуации характера необходимо создавать педагогические ситуации, в которых подросток был бы вынужден проявить самостоятельность, определенность, стойкость, доказательность

66

своих субъективно-личностных отношений, позиций и принципиальных взглядов. Так, во время дискуссий в классе на какую-либо значимую для подростков тему "конформист" обычно высказывается одним из последних, когда определено мнение большинства, а его надо бы включить в дискуссию одним из первых или первым. Важно вовремя предупредить включение таких подростков в группы с отрицательной социальной направденностью.

Коррекция гипертимного типа акцентуации характера должна заключаться в том, чтобы направить энергию подростка в определенное русло, где он сам мог бы регулировать свое поведение, вырабатывая необходимые тормозные реакции. Так, один из наблюдаемых нами подростков был включен в футбольную команду и

увлекся этим видом спорта. Однако во время игры легко входил в азарт и позволял себе неспортивное поведение (применял запрещенные приемы, грубил, обращался к игрокам по кличкам и т.п.). Наказывался за неспортивное поведение и был предупрежден о том, что в случае продолжения будет отчислен из команды. Подросток ценил команду и не хотел покидать ее. Постепенно он научился управлять собой и соблюдать этику не только на спортивной площадке, но и вне ее.

Эмоционально-лабильный тип акцентуации характера выражается в неустойчивости настроения, которое изменяется даже по ничтожному поводу. Смена настроения влияет соответственно и на отношения подростка с окружающими. Нередко эмоциональная неустойчивость у подростка сочетается с астеническими чертами. Такие подростки быстро устают при психической и физической нагрузке, очень ранимы, легко впадают в смятение при жизненных затруднениях.

Для подростков описанного типа акцентуации характера даже обычные раздражители, но предъявляемые внезапно, могут оказаться сверхсильными и вызвать у них пассивно-оборонительную реакцию.

При коррекции этого типа характера следует создавать такие педагогические ситуации, где подростки могли бы проявить уверенность, твердость, смелость (публичные выступления, выполнение заданий, требующих смелости, например в туристическом походе). Однако эти задания должны быть посильными. Своеобразный подход к ним имеет место и при обучении. Если какой-то предмет подростоку дается тяжело, то соответствующая помощь должна быть продуманной и преподнесена в тактичной форме. Малейшие успехи необходимо замечать, поддерживать, закреплять, а в некоторых случаях бывает оправданным и незначительное завышение оценки для того, чтобы вселить уверенность в возможность успешного усвоения конкретной дисциплины. Напротив, систематические высказывания сомнений в способностях такого подростка могут губительно сказаться не только на успеваемости, но и на дальнейшем формировании личности.

Истерические черты характера проявляются весьма многообразно. Это эгоизм, эгоцентризм, кокетливость, стремление казаться лучше, чем есть,

поведение, рассчитанное на внешний эффект и т.д. Коррекцию истеро-вдного характера нужно начинать как можно раньше. Формирование истерических черт начинается с детства при неправильном семейном воспитании. Заласкивание, захваливание, подчеркивание и гиперболизация способностей, внешней привлекательности, выполнение всех без исключения требований и т.п. приводят к формированию истерических черт. В подростковом возрасте эти черты приобретают прочность и особое звучание. Тактика исправления характера должна исходить из особенностей личности. Например, учитывая повышенное самолюбие и эгоцентризм таких подростков, необходимо дать выход их эгоцентрическим устремлениям в социальнополезной общественной деятельности (участие в художественной самодеятельности, театральных кружках), а также заставить их посмотреть на себя как бы со стороны, оценив свои недостатки. При этом важно доказать и показать, как невыгодно для них самих такое поведение, как они проигрывают в глазах окружающих. Так, если с учебой не все ладится, то им следует доказать, что у них есть все возможности, чтобы хорошо учиться, и что это выгодно для них, для их авторитета. Надо научить их умению управлять своими эмоциями и прогнозировать свои поступки и высказывания, припомнить случаи, когда аффективные действия поставили их в невыгодное или смешное положение.

Коррекция развития подростков истероидного типа требует от педагога большого терпения, гибкости, мягкости и целеустремленности, потому что они часто предпринимают попытку всеми способами овладеть вниманием воспитателя и удерживать его. Чтобы не потерять контакт с такими подростками, иногда допустимы некоторые уступки в тактике, но никогда не следует уступать им в

принципиальном; необходимо, чтобы они постоянно чувствовали твердость и непоколебимость воспитателя при решении принципиальных вопросов.

Встречаются также подростки с неустойчивым типом характера, проявляющимся в том, что они не любят учиться, работать и сами открыто об этом говорят. Любят развлечения, азартные игры, склонны заниматься пустой болтовней. В учебной деятельности такие подростки не проявляют усердия. Поэтому и в школе и дома при выполнении заданий над ними должен осуществляться постоянный контроль.

Более редко встречаются подростки с тревожно-мнительным типом акцентуации характера. Бесконечные сомнения в правильности своих поступков, в выполнении заданий изматывают их. Неуверенность в своих силах, возможностях, особенно в физическом отношении, сковывает и не дает возможности проявить себя. Подростки этого типа склонны к педантизму, аккуратности. В подростковом возрасте школьники уже осознают присущую им мнительность, но самостоятельно освободиться от этой черты характера им обычно не удается. Предупреждение развития и коррекция этого этого типа акцентуации характера должны происходить как можно

раньше. Необходимо предоставлять детям больше самостоятельности, вовлекать их в спорт, в занятия изобразительным искусством, различными поделками и т.д. Психологами подмечено, что у подростков с тревожно-мнительными чертами характера спортивные успехи проявляются в "ножных" видах спорта: бег, велосипед, футбол и т.д. Поэтому целесообразно привлекать подростков именно к этим видам спорта и укреплять в них уверенность в своих силах и возможностях.

Сравнительно редко у подростков встречается торпидный (тугопо-движный) тип акцептуации характера. Эти подростки отличаются медлительностью и инертностью мыслительных процессов: они не сразу переключаются с одной темы на другую, не сразу "схватывают" учебный материал и поэтому могут отставать в учебе, если предварительно не ознакомлены с материалом. Однако эти подростки отличаются работоспособностью, аккуратностью, педантичностью, и это дает им возможность успешно учиться.

В своем поведении они медлительны, склонны к эмоциональному застреванию и вместе с тем иногда - к сильным аффективным вспышкам. Они привыкают к определенному укладу жизни, к одной и той же обстановке, к людям, и всякое изменение вызывает у них неудовлетворенность. При профориентации таким подросткам следует рекомендовать те профессии, которые требуют усидчивости, сосредоточенного внимания и стереотипности операций, и не рекомендовать профессий, которые требуют быстрых переключений, смены в работе.

Встречаются также подростки, характер которых отличается замкнутостью, недоверчивостью, эмоциональной холодностью. Они с трудом находят контакт со сверстниками и тяжело переживают свою изолированность. Нередко эти школьники проявляют интерес к какой-нибудь одной учебной дисциплине (математике, астрономии и т.д.) и демонстрируют в ней глубокие познания. Они читают серьезные научные труды по интересующему предмету и глубоко увлекаются им. По другим же учебным дисциплинам их знания скромны.

Внешняя безучастность таких детей, маловыразительность в поведении и проявлении эмоций делает их незаметными. В ряде случаев учителя замечают способности и успехи такого подростка в той или иной дисциплине и рекомендуют родителям усиленно развивать эти способности. Однако это не всегда следует делать, потому что гиперболизированные способности в одном направлении делают личность односторонней, тем более что у этих подростков заметно отмечается отставание психомото-рики. Следовательно, при коррекции этого типа характера необходимо совершенствовать получившие недостаточное развитие функции. Для преодоления изоляции считается целесообразным создание условий, при которых подросток смог бы в классе показать свои глубокие знания по интересующему его предмету. Например, поручить сделать сообщение на тему, которая могла бы заинтересовать других учеников. Для развития

моторики необходимо включать подростка в спортивные занятия, особенно в игровые виды спорта, которые также способствуют развитию и общению.

Биологическое увядание в пожилом возрасте отражается на особенностях личности, сложившейся в течение индивидуальной жизни человека.

Однако степень личностных изменений будет обусловлена рядом факторов, прежде всего одаренностью личности, характером творческой деятельности; они зависят от уровня образования, особенностей психических процессов и т.п. Снижение одних функций может быть компенсировано за счет активации иной деятельности.

Мы повседневно наблюдаем у трудолюбивых людей, вышедших на пенсию, стремление к активной творческой работе. Можно было бы привести множество примеров общественно-полезной деятельности людей пожилого возраста с характерным бережливым отношением к продуктам своего труда, ревностным соблюдением сложившихся моральных и этических принципов.

И все же, как правило, в пожилом возрасте отмечается понижение работоспособности, не так интенсивно протекает процесс накопления знаний. Утрачиваются некоторые навыки и привычки, все более и более заметными становятся консерватизм в труде и быту, привыкание к сложившемуся годами укладу жизни, ломка которого неизбежно вызывает отрицательные эмоции. Появляются признаки утраты контроля за чувствами, а иногда и действиями. Могут появляться сварливость и повышенная внушаемость, что нередко способствует ипохондрической переработке действительно имеющейся патологии. Заостряются характерологические особенности: бережливость, присущая человеку, перерастает в скупость, недостаточная самокритичность - в переоценку собственной личности, тяготение к тем или иным удобствам - в эгоизм и т.п. Суживается круг интересов, социальных потребностей; ослабевает память, внимание, суждения и присущая ранее человеку четкость мыслительных процессов. Все эти закономерные сдвиги постепенно ведут к некоторому оскудению личности.

И все-таки следует подчеркнуть,что нивелировка личностных качеств, происходящая в наше время на 7- 8-м десятке лет и старше, представляет собой явление, до некоторой степени несвоевременное и относительно патологическое. На время, когда эти изменения начинают впервые обнаруживаться, и на характер их дальнейшего прогрессирования довольно сильно влияют условия жизни, разного рода неблагоприятные жизненные обстоятельства. Хорошо известны примеры удивительного долголетия людей (100-150 лет и более) в сочетании с ясностью ума, сохранностью знаний и опыта, работоспособностью.

Многие выдающиеся люди проявляли в так называемой глубокой старости удивительную творческую активность и ясность суждений.

Дж. Верди в 80-летнем возрасте создал одну из своих замечательных опер "Фальстаф". Блестящие исследования по кровообращению были опубликованы У. Гарвеем на 73-м году жизни. Лучшие произведения И.В. Гёте относятся к тому возрасту, когда поэту было уже за 50 лет. Профессор К.И. Платонов на 85-м году жизни переиздал, значительно переработав и расширив, свою монографию "Слово как физиологический и лечебный фактор". Наконец, известна творческая продуктивность в пожилом возрасте Л.Н. Толстого, И.П. Павлова.

6. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРЫ

Иногда ряд неблагоприятных условий биологического и социального происхождения может способствовать формированию патологических вариантов характера.

Выделение группы патологических характеров поначалу было обусловлено потребностями судебной практики, например при решении вопроса о вменяемости (середина прошлого столетия). Большой вклад в учение об этом внесли отечественные ученые-психиатры И.М. Балинский (1827-1902), В.Х. Кандинский

(1849-1899) и другие, которые рассматривали патологические характеры как стойкую аномалию личности. С.С. Корсаков характерным для патологического характера (психопатии) считал наличие дисгармонии душевного строя, обусловленной наследственностью, внутриутробной интоксикацией, инфекцией, травмой или неправильным воспитанием.

В вопросе изучения психопатий много сделано П.Б. Ганнушкиным (1875-1933), который специально подчеркивал, что о психопатии можно говорить только в том случае, когда вся личность во всех ее проявлениях представляется аномальной, и что отдельные патологические черты еще не дают основания судить о всем характере как о патологическом. Психопатический характер П.Б. Ганнушкин рассматривал не как нечто застывшее, а как меняющееся под влиянием условий жизни. Он впервые обосновал принцип динамичности в учениях о психопатиях. В этой связи П.Б. Ганнушкин рассматривал психопатии как сплав врожденных и приобретенных особенностей личности. В 50-60-е годы нашего столетия много внимания уделял разработке учения о психопатиях О.В. Кербиков, который занимался вопросами динамики психопатий, возможностью их психогенеза и др.

Следует отметить, что история учения о психопатиях прошла довольно сложный и запутанный путь, а их трактовка и классификация еще и сегодня далеки от окончательного решения и до сих пор не имеют, по существу, общепринятых определенных критериев. Начиная от французского психиатра прошлого века Б. Мореля, рассматривавшего психопатии как проявление свойств наследственной дегенерации, и итальянского психиатра и криминолога Ч. Ломброзо, развивавшего концепцию о врожденных преступниках, и кончая частью представителей современной зарубежной науки, можно проследить явную тенденцию части ученых, преимущественно зарубежных, связывать возникновение патологических характеров в большей мере с врожденными качествами нервной системы. Отсюда ими делается научно необосованный вывод: ни устранить, ни существенно изменить ни одну из многочисленных форм психопатий невозможно.

Подобное толкование аномалий характера приводит к биологизации социальных явлений и вряд ли целесообразно. Соответственно рождаются и классификации психопатий, включающие для обозначения патологических характеров термины "врожденные бродяги", "проститутки", "антисоциальные", "враги общества" и т.п.

Психопатии следует рассматривать как патологические характеры, сформировавшиеся под влиянием различных неблагоприятных (врожденных или приобретенных) факторов на основе аномалий высшей нервной деятельности. '

При психопатиях нет признаков органического поражения головного мозга, о чем, в частности, говорит факт достаточно высокого развития интеллектуальных функций. Аномалии же высшей нервной деятельности могут проявляться в явной неуравновешенности основных нервных процессов и их чрезвычайной подвижности, в утрированном преобладании деятельности одной из сигнальных систем или в недостаточной регуляции подкорковых функций. Перечисленные аномалийные качества, выступая комбинированно, в разнообразных сочетаниях, и обусловливают ту или иную форму психопатии. Подобно тому как это имеет место в темпераментах, при психопатиях наряду с достаточно четко очерченными формами встречаются и смешанные, при которых сочетаются признаки различных видов.

В своей практической деятельности медицинский психолог, врач и педагог обязательно встретятся с личностями, которые имеют аномалии характера. Поэтому знакомство с некоторыми видами психопатий при изучении курса медицинской психологии следует считать обязательным.

При этом необходимо оговориться, что в повседневном общении нередко можно встретить людей, которые совершают те или иные поступки, иногда даже идущие вразрез с общепринятыми моральными и этическими установками (например, хулиганство, грубость и т.п.). У обычных людей подобное поведение - эпизод в жизни, который может быть связан с некоторыми обстоятельствами - алкогольным опьянением, сильной усталостью, нерегулярным сном, недостаточным питанием и

т.п. Наоборот, при психопатиях склонность к необычному, странному поведению, к резким изменения настроения без соответствующих к тому причин является неотъемлемым свойством личности, постоянным ее качеством. Это и накладывает известный отпечаток на всю жизнь такого человека.

72

Из многочисленных форм и разновидностей психопатий остановимся на наиболее часто встречающихся.

Наиболее стройной и удовлетворяющей потребностям практики является отечественная классификация психопатий, разработанная О. В. Кер-биковым. Согласно ей, выделяются тормозимые личности (к ним отнесены астенические, психастенические, патологически замкнутые - шизои-ды), а также возбудимые, истерические, неустойчивые, мозаичные личности и сексуальные психопаты.

Современная международная классификация психопатий (по МКБ-10 - Международная статистическая классификация болезней, травм, причин смерти 10-го пересмотра) включает в себя параноидное расстройство личности, шизоидное расстройство личности, диссоциальное расстройство личности, эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный и пограничный тип), истерическое расстройство личности, ананкастическое расстройство личности, тревожное расстройство личности, зависимое расстройство личности, а также другие специфические и неуточненные расстройства личности.

Возбудимые (эпилептоидные) психопатические личности характеризуются прежде всего явным дефицитом активного торможения, что внешне проявляется в виде несоответствия силы раздражителя и реакции на него. Каждый пустяк, незначительное замечание, сказанные в их адрес, способны вызвать бурную аффективную реакцию. Во время конфликтной ситуации они громко кричат, вырываются из удерживающих их рук и имеют тенденцию к агрессивным действиям в отношении окружающих. Оказавшись по этой пpчине где-либо запертыми, стучат в дверь, ломают ее, угрожают своим "обидчикам". Находясь в возбужденном состоянии, наносят себе повреждения, бьются головой о пол, рвут одежду и т.п.

Внимание у возбудимых психопатов характеризуется неустойчивостью, что делает невозможным для них длительное время выполнять какую-либо определенную работу, требующую сосредоточенности, так как они чувствуют при этом волнение, своеобразное "внутреннее возбуждение". Делая, не задумываясь, язвительные замечания в адрес окружающих, они не терпят, однако, подобных же реплик в свой адрес, а тем более возражений.

В М.КБ-10 возбудимому типу психопатии соответствует эмоционально неустойчивоее расстройство личности.

М., студент техникума, всегда отличался недисциплинированностью, учился плохо, не хватало усидчивости, терпения слушать лекции, работать с книгой. Во время занятий его внимание обычно отвлекали шум за окном, крики, происходящие там события. Постоянно ссорился с сокурсниками, товарищей среди них никогда не имел, ни с кем "не уживался". Характерен такой эпизод. На студенческом вечере он поставил на проигрыватель пластинку и пригласил девушку на танец. Один из студентов попытался снять поставленную М. пластинку: "Сначала мою прослушаем,

73

а потом будем и танцевать". Это сравнительно безобидное действие вызвало бурную реакцию, и М. бросился с кулаками на своего сокурсника, с которым до сих пор находился в хороших отношениях. Скандалиста общими усилиями выставили за дверь. После нескольких неудачных попыток вернуться он пошел "куда глаза глядят". По пути зашел в телефонную будку, пытался звонить знакомым, но неудачно и "со зла" оторвал телефонную трубку от аппарата. В состоянии сильного возбуждения хотел было снова подраться с сокурсниками, но не был к ним допущен и вернулся домой. Включил на полную мощность приемник, хотя была

уже поздняя ночь, и^а просьбу матери "сделать потише" яростно запустил в нее ботинком. В другом случае М. ждал у телефонного автомата. Разговор тянулся довольно долго, "все сроки прошли", на неоднократные возмущенные требования ускорить "объяснения" М. ответа не получил. "Вскипел весь - перевернул телефонную будку".

Для психопатических личностей астенического типа (в МКБ-10 - зависимое расстройство личности) свойственны выраженная слабость и истощаемость процессов возбуждения и торможения. Это робкие и весьма застенчивые люди, малодушные и трусливые. Они настолько тяжело переносят жизненные невзгоды, что их "беда просто сваливает с ног". Даже обыкновенные требования жизни являются для них нередко непосильными. Повышенная ранимость приводит к тому, что им "приходится сильно переживать" сравнительно безобидные шутки сослуживцев, товарищей. Они склонны к уединению, стараются избегать общества, не способны отстаивать свои интересы, а тем более выступать в свою защиту на общем собрании, ибо мысль о том, что они могут неудачно выразиться и в связи с этим стать объектом насмешек окружающих, приводит их в содрогание. Поэтому они отказываются от борьбы, уходят в себя, "омывая слезами свое несчастье". Но тот же самый человек в домашней обстановке может быть тираном и диктовать свою волю родным и близким. Даже незначительные соматические заболевания обычно настолько ухудшают их состояние, что они неизменно "уходят в болезнь", становятся беспомощными, сенситивными (чувствительными), бездеятельными. В ряде подобных случаев возникает декомпенсация, и человек становится нетрудоспособным.

Женщина 23 лет, служащая, жила вдвоем с матерью. По причине выраженной застенчивости и робости не могла устроить личную жизнь. Единственным для нее утешением и радостью была мать. С ней она делилась всеми переживаниями, радостями и огорчениями, во всем советовалась, ни одного шага не делала, не спросив предварительно мнения матери. На работе была неизменно аккуратной и исполнительной, к своим обязанностям относилась "очень щепетильно". В тех случаях, когда ей поручались несколько необычные, в достаточной степени сложные задания, болезненно переживала, справится ли, в связи с чем проводила бессонные ночи. В эти дни ухудшался аппетит, "сама была не своя". За помощью обращалась к матери, которая ее всячески утешала. Никогда не участвовала в общественной жизни, почти не имела подруг.

74

После внезапной смерти матери развился астено-депрессивный синдром, затянувшийся на несколько месяцев. Больную перевели на инвалидность. Оставшись одна в квартире с общей кухней, она и в быту оказалась беспомощной. Так, соседка непрестанно укоряла ее в том, что "нехорошо занимать одной такую большую комнату", значительно большую по площади, чем у соседки, и что им следовало бы поменяться. В конце концов они обменялись комнатами. Затем та же соседка стала стыдить и укорять больную в том, что она "молодая, а не работает, живет на иждивении у государства" и что в ее положении "стыдно даже выходить из дома". Это привело к тому, что больная отказалась от пенсии. Днем действительно никуда не выходила, встреч с соседкой избегала, ночи проводила в слезах. Часто покидала дом и ночевала у знакомой. Только после обращения к врачу, в результате длительной психотерапии вновь удалось достичь состояния компенсации, и женщина возвратилась на работу.

Паранойяльная психопатия (парановдное расстройство личности в МК.Б-10) имеет в основе патологическую инертность основных нервных процессов с образованием застойных очагов возбуждения. Для этих людей характерны крайняя недоверчивость, подозрительность и соответствующая этим качествам замкнутость. Они с трудом сходятся с людьми, всесторонне оценивая все "за" и "против" своего нового знакомства. Раз возникшая мысль, идея, имеющая в основе реальный факт, не покидает их длительное время, постепенно занимая в сознании все больше и больше места. Это может касаться различных проектов, изобретений или одной из областей художественного творчества. Своими так называемыми сверхценными идеями они ни с кем, как правило, не делятся из-за боязни "кражи проектов". Тем не менее они неустанно трудятся над дальнейшей

разработкой этих проблем и проявляют большую энергию для признания их приоритета, получения патента и т.п. В случае, если их претензии не удоалетворяются (со ссылкой на то, что нет ничего нового, ценного в предложенном), такие люди развивают бурную деятельность в защиту своих якобы попранных прав. Считая себя непризнанными талантами, они пишут в различные инстанции жалобы и заявления, обвиняя должностных работников в том, что они "препятствуют претворению в жизнь" сделанных ими "открытий", и требуют создания специальных комиссий "по расследованию своего дела". Свою переписку с учреждениями и частными лицами они тщательно оберегают и продолжают ее умножать. В суждениях этих личностей, как правило, не отмечается нелепостей. В связи с этим нередко находятся люди, которые становятся на защиту их интересов. Наиболее часто привлекают к себе симпатии паранойяльные личности с гиперсоциальными тенденциями. Это - бескорыстные "борцы за правду", во всем находящие недостатки, вникающие в суть самых разнообразных мелочей жизни. Обо всех замеченных недостатках они сообщают в соответствующие органы и инстанции, часто прибегая к помощи печати. Свои идеи о справедливости и честности они защищают открыто, выступая на собраниях и критикуя отдельных конкрет-75

ных лиц. Цри этом для большей убедительности собственного бескорыстия и демонстрации своей искренности они рассказывают о своих недостатках и нарушениях моральных принципов ими самими и их близкими. Это - вечные "искатели правды", постоянно всем недовольные и почти никогда не отступающие от своих убеждений и идей.

Патофизиологическую основу психастенических характеров составляет весьма значительный функциональный перевес второй сигнальной системы над первой при общей слабости нервной системы и тенденции основных нервных процессов к застойности. Одним из вариантов данной формы является тревожно-мнительный характер (тревожное (уклоняющееся) расстройство личности в МКБ-10). Эти лица не воспринимают окружающий мир во всей его полноте и значительно больше переживают не реальные факты, а, например, события, описанные в художественном произведении. Обладая повышенной рассудочностью, склонностью во всем сомневаться, они всегда не уверены в своих поступках и действиях. Тяготение к постоянному анализированию может достигать степени "умственной жвачки". Поведение психастеника в значительно большей степени зависит от внутренних побуждений, возникающих на основе многократного обдумывания своих переживаний, чем от окружающей действительности, воспринимаемой ими как "неопределенное, лишенное конкретности сочетание тусклых фактов и образов". Свои действия они проверяют и контролируют подчас при помощи весьма хитроумных "приспособлений". Боясь допустить ошибку даже в сравнительно простых случаях, при хорошо известной им обстановке, они склонны обращаться за советами. Одновременно налицо холодность чувств, во всем легко подметить элемент "трезвого расчета". Весьма выражена у психастеников склонность к образованию навязчивых явлений, воспоминаний.

В МКБ-10 психастенической психопатии соответствует ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности.

Инженер-экономист, 48 лет, обратился в психоневрологический диспансер с просьбой дать совет в отношении исправления характера. В беседе с врачом он сообщил, что всю жизнь мучается сомнениями как в домашних делах, так и на работе. В течение 15 лет он работает на одном и том же месте, по мнению коллег, хорошо ему известному, успешно справляется со своими обязанностями и отлично знает свое дело.Его функции на работе не могут считаться сложными, расчеты он производит быстро и правильно, однако бесконечно сомневается в них. Так, сдав квартальный отчет, он обязательно мысленно возвращается к нему и ставит ряд последовательных вопросов: соответствующие ли формулы он применил, правильно ли был произведен подсчет; вписывая результаты анализа, он сомневается, не совершил ли чисто механической ошибки, не внес ли неверные цифры в одну из граф и т.п. При этом он замечает, что "и во время работы над отчетом имеются сомнения, устраиваю периодически проверку, а вот стоит сдать отчет-сомнения начинают прямо терзать".

Утомленный "умственной жвачкой", он старается в разговоре с сослуживцами отвлечься от мучающих его переживаний, но сразу приступает к новому анализу: не слишком ли он был откровенен с сотрудниками, не смогут ли они догадаться о сделанном им просчете и пр. Получив квартиру через строительный кооператив, он стал сомневаться: законно ли это произошло, правильно ли оформлены документы? Одолевали мысли о том, что некоторые сослуживцы имеют большую, чем он, семью, а живут на частных квартирах и, следовательно, могут претендовать на его жилплощадь. Одновременно возникла и противоположная мысль: ведь эти люди не вносили положенной платы, не отрабатывали установленных кооперативом часов. Возразив "сам себе", он на некоторое время успокаивался, а затем появлялись новые сомнения: не будут ли иметь к нему претензии жильцы, особенно многодетные, по поводу того, что он занял большую площадь, чем они. В течение некоторого времени эти мысли не дают покоя. В связи с этим он тщательно проверяет прописку в паспорте и находит, "будто цифру 5 в номере его квартиры можно прочесть и как 8. Но ведь 8 - это как раз номер квартиры жильца, который по количеству членов семьи может претендовать на обмен, мотивируя это путаницей с номерами квартир при их распределении!". В результате он настоял на том, чтобы ему сделали в паспорте вторую запись о прописке по тому же адресу, но с болеее четким написанием цифры 5. И опять вначале как будто стало спокойнее на душе, зато через несколько дней сомнения стали одолевать с еще большей силой: "Что могут подумать о человеке, который дважды прописывается по одному и тому же адресу? Чиста ли совесть у хозяина квартиры?" и т.д.

Таким образом, жизнь этого человека представляет собой непрерывную цепь сомнений и колебаний. Прекрасно впоследствии осознавая их нелепость, он не без юмора рассказывает о себе, например, следующее: "Стою на трамвайной остановке, подходит трамвай, останавливается; соображаю - до задней двери метров 7, до передней - около 5, значит, целесообразнее идти к ней. Рассуждаю, разумеется, стоя на месте, далее: а кто имеет право входить через переднюю площадку? Перечисляю в уме известные мне категории лиц, пользующихся правом входа, и не могу отнести себя ни к одной из них. Делаю вывод: надо войти в вагон через заднюю площадку. А вот дальнейшие рассуждения, например, о целесообразности ехать именно в этом трамвае, оказываются уже бесцельными, ибо, пока я прикидывал в уме, трамвай ушел".

Для группы истерических характеров (истерическое расстройство личности по МКБ-10) патофизиологической основой служит утрированное, явное преобладание первой сигнальной системы над второй. Подобные психопатические личности воспринимают действительность непосредственно - рельефно и выпукло. Они - эгоисты и в еще большей степени эгоцентристы с неизменно высоким мнением о своей личности. Всеми силами они стараются всегда быть в центре всеобщего внимания, пытаясь играть во всем главную роль, разумеется, в ущерб мнению окружающих

о себе. Поведение их театральное, рассчитано на внешний эффект; часто они игривы и кокетливы. Вместе с тем их суждения отличаются легкостью, знания большей частью поверхностны. При разрешении любых вопросов, даже самых обыденных и мелких, особенно в тех случаях, когда к ним обращаются за помощью, они делают гримасу глубокомыслия и с соответствующей серьезностью во взгляде, подкрепляя свои слова "весомой" жестикуляцией, дают банальные советы "весьма солидным" голосом. В споре они быстро отклоняются от существа вопроса и переходят на личности.

Содержание суждений, умозаключения зависят от эмоционального фона, что носит название "аффективной логики". Например, если такой человек испытывает к тому или иному лицу симпатию, то он говорит о нем только хорошее, восхваляет, преувеличивая его достоинства. Наоборот, при антипатии он чернит и осуждает, оговаривает и клевещет вопреки здравому смыслу. При неизбежных в связи с этим конфликтах истерические психопаты (особенно женщины) дают яркую аффективную

реакцию с плачем навзрыд, выразительными позами и возгласами. Они не смеются, а хохочут.

В ряде случаев у истерических психопатов отмечается повышенная избирательность восприятия событий и явлений окружающего мира, в частности малозначительные факты запечатлеваются прочнее, в то время как более значимые обстоятельства остаются вне поля их сознания. Поэтому их поступки вытекают не столько из содержания объективных обстоятельств, сколько обязаны своим происхождением той же самой "аффективной логике". В связи с этим трезвая рациональная оценка происходящего уступает место надуманным рассуждениям, выдумкам. В жизни они чаще поступают по настроению, чем по убеждению.

Вообще лживость, фантазирование свойственны истерическим психопатам в значительной степени. В образах воображения воплощается желаемое: все события развертываются вокруг них, они повелевают, командуют, их распоряжения выполняются неукоснительно. Фантазия иногда настолько овладевает ими, что переживания высказываются вслух даже в присутствии окружающих. В ряде случаев они до такой степени вживаются в свои фантазии, что сами начинают в них верить. Особенно ярко проявляются эгоцентрические черты, если истерический психопат занимает некоторое, пусть даже весьма незначительное, командное положение (в семье, на работе, в спортивных или иных коллективах и пр.).

В общении с людьми истерические психопаты капризны, вкрадчивы, не упускают случая представиться обворожительными. Для достижения своих целей они идут на все, не считаясь ни с моралью, которую сами же пропагандируют, ни с принципами человеческого общежития. В зависимости от обстоятельств они льстят и унижаются, изворачиваются,

становятся послушными, отступают от своих принципов и т.п. Иногда делаются упрямыми, жестокими и мстительными, особенно по отношению к тем людям, которые зависят от них по службе, а тем более к мешающим их продвижению, поощрению и т.п. Несмотря на общую слабость нервной системы, они при необходимости способны развивать бурную деятельность и проявлять большую настойчивость, собранность в достижении корыстных целей. Всюду, где можно, они жалуются, что ущемляют их интересы. Они настолько искусно играют и обрисовывают сложившуюся ситуацию, изображая себя обиженными и несчастными, что способны ввести слушающего в заблуждение. В своем стремлении приобретать симпатии они не гнушаются жалобными рассказами и слезами воздействовать на родных и близких тех людей, чьего расположения они добиваются, втягивая их в интригу, например, по месту своей работы.

Однако они редко бывают последовательными в своих поступках и порой с теми же жалобами обращаются к своему недавнему противнику, но теперь уже черня тех лиц, перед которыми недавно изливали душу. При попытке сотрудников, членов семьи указать на недостатки, истерические психопаты разражаются бурей гнева, отвергая "нападки", и в зависимости от ситуации (например, при поддержке начальства) начинают кричать на сослуживцев, угрожают расправой. При этом появляется выраженная вегетативная реакция: глаза блестят, рот сохнет, лицо покрывается бурыми пятнами, конечности дрожат и др. Если такие личности не находят соответствующей поддержки со стороны, реакция становится пассивно-оборонительной: они закатывают истерические припадки со стенаниями, выкрикивают, что их "довели до сердечного приступа", т.е. так или иначе пытаются вызвать сочувствие окружающих. Длительного напряжения во взаимоотношениях они не выдерживают и ищут пути налаживания контакта: у оскорбленного сослуживца просят прощения, унижаются и заигрывают, совершая, однако, все это с глазу на глаз. В присутствии других они всего этого не показывают, напротив даже стараются подчеркнуть свое мнимое превосходство, неприязнь или замаскированную насмешку.

Физическое развитие истерических психопатов отличается рядом особенностей, в частности проявлением эндокринных нарушений (инфантилизм, черты диэнцефального ожирения, раннее поседение и т.п.).

Особенности личности человека, в том числе черты патологического характера, безусловно в той или иной степени отражаются на клиническом проявлении и течении многих заболеваний. Улиц с чертами тревожно-мнительного характера, со склонностью придавать малосущественным ощущениям и фактам чрезмерно большое значение при заболеваниях любого генеза, как правило, проявляются опасения и беспокойство за исход болезни, перерастающие в дальнейшем в неослабевающее напряженное ожидание рокового исхода. Страх перед возможностью неблагоприятного исхода осложняет течение бодезни, что и проявляется в дальнейшем в так называемых "невротических наслоениях".

В таких случаях бросается в глаза явное несоответствие огромного количества жалоб, ощущений и сравнительно благополучного физического состояния здоровья больного. Он убежден, что его заболевание серьезно, опасается за свою жизнь, он "уже был у нескольких специалистов, которые ничего определенного сказать не могли". Поэтому рассказ в таких случаях изобилует подробностями, описанием многих обстоятельств, не имеющих отношения к существу дела. Он считает, что все его ощущения и переживания должны быть известны врачу, ибо только при этом условии врач способен разобраться в его болезни. И если врач не будет обладать достаточным запасом терпения, что безусловно проявится и в его мимике, жестах, в манере задавать вопросы, перебивая больного и не выслушав его мысли до конца и т.п., то контакт будет нарушен. Кроме того, в результате подобного обследования у пациента останется чувство неудовлетворенности: "Такая поверхностная беседа, столько хотелось сказать, а врач и половины не выслушал!" С другой стороны, излишним будет и подробное, тщательное расспрашивание больного. Подобная тактика безусловно не ускользнет от пациента. Чрезмерное заострение внимания на некоторых жалобах, ощущениях, с объективной точки зрения явно несерьезных, будет способствовать укреплению уверенности больного в том, что болезнь опасна, "раз врач так долго и подробно расспрашивает". Поэтому, что бы в заключение беседы врач ни говорил пациенту о сравнительной легкости его заболевания, к каким бы доводам он ни прибетал, все будет подвергнуто сомнению. Своим поведением и вопросами во время обследования он уже успел убедил, больного в противоположном: "Врач просто пытается скрыть правду - боится огорчить меня". Неизбежным следствием в обоих приведенных случаях будет обращение к другому врачу, а иногда и ухудшение состояния здоровья.

При наличии истерических черт характера имеется склонность к преувеличению имеющихся ощущений и переживаний, что в сочетании с повышенной внушаемостью при некоторых обстоятельствах (врачебные ошибки, неправильное отношение к пациенту, в частности в форме излишней заботы со стороны близких и пр.) способствует "уходу в болезнь".

Астенические черты предрасполагают к ипохондрической переработке патологических ощущений и в ряде случаев могут привести к длительному течению болезни.

В иных случаях особенности личности таковы, что человек, уже будучи по существу больным, благодаря оптимистическому складу характера в продолжение длительного времени сознательно игнорирует свои патологические ощущения. Возможны и другие варианты.

Исследованиями сотрудников Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург) выделены следующие 12 типов

отношения к болезни (Л.И. Вассерман и др., 1987): гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический, а также разработана процедура объективизации этих типов в практической деятельности врачей и медицинских психологов при помощи психодиагностической методики ТОБОЛ (типу отношения к болезни).

В свою очередь и болезнь способна, особенно при хроническом течении, сказаться на характерологических особенностях личности и даже привести к психопатизации, т.е. к состоянию, сходному с той или иной формой психопатии. Например, перенесенная черепно-мозговая травма, нейроинфекция впоследствии могут привести к психопатизации личности по типу возбудимых со склонностью к истерическому реагированию. Некоторые заболевания настолько своеобразно изменяют личность пациента, что это может быть использовано с диагностической целью (например, эпилептический характер в сочетании с "концентрическим слабоумием").

Во всех случаях несомненно,что степень изменения характера под влиянием болезни весьма различна, в высшей степени индивидуальна, и связано это как с особенностями патологического процесса, так и с преморбидными особенностями, возрастом, социальным окружением в период болезни и после нее и т.п.

Иногда болезнь оставляет после себя такие "впечатляющие" следы, что человек начинает считать себя неполноценным и приниженным и долгое время не может свыкнуться с новыми коренными изменениями в его организме (например, уродства, в том числе увечья, потеря зрения, слуха, грубые нарушения речи, походки, гиперкинезы, потеря сексуально значимых органов (молочной железы в результате мастэктомии) и т.п.). В специальной и художественной литературе прошлого подчеркивалось, что людям с физическими недостатками в той или иной степени присущи черты озлобленности, зависти к окружающим, вообще человеконенавистнические качества. Впоследствии якобы развивается подозрительность, появляются злопамятность и мстительность.

У некоторых людей формируются астенические черты. Они постоянно переживают свою неполноценность, становятся стыдливыми и застени-чивыми, легко ранимыми, замыкаются в себе. Сужается круг интересов, причем отчуждение способно достигать крайних пределов. Но нередко отмечается и появление противоположных свойств: нарастания стенич-ности, непреодолимой настойчивости, стремления упорно преодолевать самые разнообразные трудности и постоянно находиться как бы в соревновании со здоровыми людьми.

Конечно, тот или иной физический недостаток, увечье, несомненно сказывается на формировании личности, в частности на характере человека, однако огромную, а в подавляющем большинстве случаев несом-81

ненно ведущую роль в развитии личности, в образовании ее новых качеств и свойств играет социальная среда и взаимоотношения с обществом. Как при становлении личностных качеств здорового человека вообще, так и в еще большей степени при перевоспитании характера, подвергшегося некоторым изменениям (или при профилактике этих изменений) невозможно переоценить значение окружающей действительности, общественных взаимоотношений. Особо важную роль при этом будет играть трудовая деятельность. Опытом работы школ для слепоглухонемых в нашей стране целиком и полностью опровергнуты прежние литературные данные о мстительности, неизбежном озлоблении, фатальном развитии человеконенавистничества у слепоглухонемых людей.

Правильное, рациональное использование способностей, задатков, воспитание интересов, навыков и умений, приобретение знаний и трудовая деятельность раскрывают возможности развития личности и включают человека с тем или иным физическим недостатком в социальную среду на равных правах. В этой связи становятся понятными необходимость воспитания и формирования положительных черт характера у лиц с физическими дефектами. Свидетельством тому могут служить слепо-глухонемой А. Курбатов, овладевший специальностью скульптора и слесаря, слепоглухонемая О. Скороходова - писательница, поэтесса и научный работник, и многие другие люди, которые, несмотря на физические недостатки, сумели воспитать в себе стенические черты характера и занять в соответствии со склонностями и интересами свое собственное, значимое место в обществе.

7. ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ

При любом заболевании страдает не только отдельный орган, определенная система, но и обязательно личность в целом, ибо организм и личность едины. Количественное и качественное изменение личности наряду с физиогенными причинами обусловлено и жизненными воздействиями, в том числе неблагоприятными биологическими и социальными факторами.

Постоянный контакт с больным требует от врача, медицинского психолога учета всех особенностей личности заболевшего с тем, чтобы, по образному выражению В.Н. Мясищева, не имел места "ветеринарно-зоотехнический подход к человеку".

Для врача и медицинского психолога, которые по роду своей деятельности вынуждены общаться с людьми различного возраста и пола, интеллектуального развития и характерологических особеностей и прочих свойств личности, к тому же измененных болезнью, чрезвычайно важно знать не только общее, но, главным образом, конкретное и особенное при изучении личности данного определенного человека.

Выявив общее, медицинский психолог и врач находит лишь "диапазон". Конкретизировав частности в личности больного, можно получить возможность "тонкой настройки", которая в конечном итоге и определит эффективность психологического воздействия на человека, страдающего тем или иным заболеванием. Исследуя преморбидную структуру личности и те изменения, которые произошли в ней под влиянием заболевания, сопоставляя все эти изменения с вероятным характером анатомо-физиологических нарушений в организме, сущность болезни познается наиболее полно. Только в таком случае можно в дальнейшем наиболее результативно воздействовать на патологический процесс для восстановления нарушенного равновесия заболевшего и окружающей биологической и социальной среды.

Всякий раз, когда возникает какой-либо вопрос о личности больного или тем более необходимость изучить его личность в целом, врачу приходится решать серию мыслительных задач и опираться для этого на ряд методов. Подобного рода алгоритм вполне подходит и для использования медицинским психологом. Однако при изучении личности необходимо помни-гь.что отдельных ее "элементов" очень много. Достаточно сказать, что в русском языке имеется более 1500 слов, обозначающих различные черты личности (К.К. Платонов), которые и являются элементами личности. Поэтому особо надо помнить о необходимости выделения существенного из несущественного.

Наиболее часто в клинической практике (особенно врачу) при изучении личности пациента приходится опираться на метод беседы. Именно благодаря этому методу выясняют историю развития личности больного, начиная с самого раннего детства. Больного тщательно расспрашивают о том, как он рос и развивался, какие характерологические особенности имели место в тот или иной период его жизни. От условий развития в дошкольном периоде переходят к обучению в школе и выясняют, легко ли давалось обучение, как учился больной, какие предметы его интересовали, проявлялись ли склонности к видам искусств, к занятиям спортом и т.п. Подробно исследуют условия социального окружения, взаимоотношения со сверстниками и выясняют, какую роль играл в то время больной во взаимоотношениях с товарищами (был ли в подчинении, наравне с прочими, возглавлял). Расспрашивают больного и об отношении к общественным мероприятиям, о его активности, инициативности и т.п.

Большое значение для формирования личности имеет та атмосфера, в которой происходило воспитание больного: частые скандалы, примеры аморальных поступков, запугивания и страхи, развитие неуверенности в своих силах и способностях или, наоборот, обстановка заласкивания, излишней предупредительности, создания обстоятельств, способствовавших переоценке собственных сил и возможностей и исключающих должную критику поступков, или же здоровое социальное окружение.

Схема проверки возникающего предположения о психических качествах личности

Методы: Дополнительные наблюдения; Беседа с изучаемым; Учет мнений других лиц; Естественный эксперимент; Лабораторный эксперимент.

(условия и проверку не описываю - еще большая банальность.)

Подробно прослеживают дальнейший жизненный путь больного: учебу в специальном учебном заведении, работу, семейную жизнь и др. Изучают характерологические особенности настоящего периода: идейно-моральные, интеллектуальные, волевые черты личности, типологические особенности, привычки и интересы, запросы и потребности и др. Наконец, сравнивают качества личности до и после начала заболеевания, оценивают новые свойства в характере, появившиеся уже на протяжении болезни.

Обязательным является сбор анамнестических сведений со слов родных и близких, сослуживцев и товарищей, соседей и знакомых больного. Принимают во внимание характеристики с места работы и других общественных организаций.

Можно предложить пациенту написать автобиографию, где просят уделить определенное внимание личностным качествам родителей, братьев, сестер, а если это целесообразно, то и других родственников.

Методом беседы и, как принято говорить в психологии, биографическим методом, можно достаточно полно изучить особенности всех сторон личности больного. Особо надо отметить, что первые попытки изучения типа нервной системы человека были осуществлены именно этим способом, получившим специальное название - патобиографический метод, данное Б.Н. Бирманом, учеником И.П. Павлова. Позднее в нашей стране в рамках данного направления были разработаны варианты исследования типологических особенностей некоторых профессий, например летчиков (К..К. Платонов).

Значительно более точные данные о свойствах личности больного (в том числе и его типологических особенностях) могут быть получены методом лабораторного эксперимента, т.е. путем экспериментально-психологических исследований. При их проведении важно учитывать не только получаемые формальные результаты, но и то, как ведет себя больной во время исследования, как он реагирует на предлагаемые ему задания.

В условиях стационара изучение свойств личности пациента возможно путем естественного эксперимента. Естественный эксперимент проводится с помощью заранее обдуманного медицинским психологом или врачом целенаправленного создания определенных ситуаций, реакция больного на которые может выявить как особенности его отдельных психических процессов и состояний, так и качества характера и способностей. Большие возможности для естественного эксперимента предоставляют лечебная физкультура и трудотерапия.

Важнейшее место при изучении личности больного занимает наблюдение за ним. В условиях стационара при этом обращают внимание на его взаимоотношения с медицинским персоналом, с другими (какими именно?) больными, выполнение назначений врача, режима и т.п.

В качестве особого метода следует выделить анализ продуктов деятельности пациента, в частности при трудотерапии, и особенно продуктов его творчества: дневников, писем, заявлений, рисунков, чертежей и т.д.

85

Но только сопоставление и анализ всех полученных данных позволяет прийти к объективным выводам и сделать заключение о личности в целом. Вот почему наиболее эффективный способ изучения и здоровой, и больной личности получил название метод обобщения независимых характеристик, причем для более полного раскрытия его сущности иногда добавляется: получаемых при изучении человека в различных видах его деятельности. Этот метод включает и обобщает все остальные, уже разобранные, в том числе и лабораторный эксперимент.

Широкое распространение за рубежом и в нашей стране в качестве инструмента для исследования личности получили различные психоди-агностические методики, которые можно разделить на три большие группы: методики, основанные на собеседовании с испытуемым; личностные опросники и проективные методики.

Методики, основанные на собеседовании с испытуемыми (или, как их еще нередко называют, методики-интервью), являются одними из наиболее старых и распространенных. Они сводятся к получению от самих испытуемых необходимой информации в ходе непосредственной беседы с ними в специально созданных условиях. Методики-интервью подразделяются на структурированные (с заранее составленной последовательностью определенного содержания вопросов) и неструктурированные (при этом вопросы построены с учетом достаточной свободы испытуемого в своих отчетах).

Личностные опросники базируются на самоотчете испытуемого о каких-либо собственных значимых качествах. Различают одномерные и многомерные личностные опросники. Одномерные опросники используются для изучения какого-либо одного аспекта личности, например методики Спилбергера-Ханина (изучение реактивной и личностной тревожности), УСК (изучение различных аспектов уровня субъективного контроля), методика Тейлор (изучение тревожности) и т.д. Многомерные опросники предназначены для исследования широкого спектра личностных особенностей испытуемых, в их число, например, входят СМИЛ (Стандартизированный метод исследования личности) - отечественный вариант ММР1, 16-факгорный личностный опросник Р.Б. Кэттэлла, Калифорнийский личностный опросник (СР1) и др.

Личностные опросники дают относительно полное, стандартизированное и свободное от личных взглядов экспериментатора представление об испытуемом, однако они не в полной мере защищены от различных искажений.

Проективные методики, по замыслу их создателей, предназначаются для раскрытия неосознаваемых конфликтов личности, ее скрытых мотивов, переживаний. В основе проективного метода лежат некоторые положения учения 3. Фрейда. Сам термин проективный метод в психодиагностике впервые предложил Л. Франк в 1939 г. Полагают, что в ответ на предъявляемые проективные стимулы испытуемые реагируют

выявлением неосознаваемых переживаний. К числу наиболее известных проективных методик относятся методика Роршаха, методика ТАТ; методика незаконченных предложений, методика Сонди; с определенными допущениями - методика изучения фрустрационной толерантности С. Розенцвейга и др.

В пособиях и руководствах психодиагностические методики, используемые ддя исследования личности, освещены достаточно подробно. Глава 3 ИНТЕЛЛЕКТ И СПОСОБНОСТИ

1. ИНТЕЛЛЕКТ

Интеллект как познавательная деятельность человека включает уже приобретенный опыт (знания) и способность к дальнейшему его приобретению и применению на практике.

Интеллект всегда рассматривается (как и ум, разум, уровень знаний) в непосредственной связи с мышлением. Однако интеллект обобщает все познавательные процессы: внимание, мышление, память и, не являясь самостоятельной функцией или тем более отграниченным от других психическим процессом, всегда должен рассматриваться только комплексно.

Значение интеллекта особо велико именно для медицинской психологии. В патологии встречаются такие случаи, когда налицо относительная сохранность ассоциативного процесса, сравнительно ненарушенная способность к суждениям,

выводам, а познавательные возможности человека все-таки резко снижены. В одних случаях это может быть связано с нарушениями памяти, внимания, в других - с уменьшением первоначального объема знаний, навыков, неспособностью пополнять свой опыт, приобретать новые сведения. Уровень познания окружающего при этом несомненно понижается, однако это снижение не сопровоазда-ется столь же выраженными изменениями мыслительного процесса как такового. Например, при резко выраженной гипертермии существенных расстройств интеллекта может и не быть, однако нарушения формального мышления почти обязательны. Наоборот, при снижении интеллекта в связи с сотрясением головного мозга мышление совершается с соблюдением законов логики, без значительных отклонений в смысле темпа и целенаправленности.

В силу этого выделение интеллекта необходимо для более пристального и подробного изучения нарушений психической деятельности соответствующих больных.

В истории психологии с понятием "интеллект" связано целое направление интеллектуализма, представителем которого был И. Гербарт (1776-1841), считавший интеллект основной функцией психики и объяснявший все другие психические явления различными сочетаниями представлений.

В прошлом предлагалось довольно много определений интеллекта. Из них наиболее распространенным было данное К. Ясперсом: "Интеллект - это человек в целом, рассматриваемый со стороны его способностей". При этом оставалось непонятным - как же следует приступать к исследованию интеллекта: базируясь на особенностях всей психической сферы или принимая во внимание лишь способности исследуемого? Разумеется, человек, больной или здоровый, во всех без исключения случаях должен изучаться всесторонне, т.е. "в целом". Однако для этого необходимо знание отдельных качеств и свойств психики. Поэтому приведенное еще бытующее определение интеллекта по существу ничего не дает ни в теоретическом, ни в практическом отношении.

Объединение в понятии интеллекта категорий, связанных с познавательным процессом, соответственно предполагает изучение каждой из этих категорий в отдельности. Кроме того, должны быть рассмотрены и некоторые иные слагаемые, из которых составляется личность человека в целом.

Приведенное в начале раздела определение интеллекта включает прежде всего опыт и знания человека. Обе эти категории не могут рассматриваться без учета способностей и одаренности.

2. СПОСОБНОСТИ

Способности - это такие индивидуальные свойства человека, которые помогают ему быстрее и легче овладеть знаниями, приобрести те или иные навыки и умения.

Способности - психическое явление, более широкое, чем интеллект. При этом подразумевается, что способности бывают всегда к некой определенной деятельности: к познанию и применению его на практике, к музыке, к технике и т.д. Поэтому и говорят о способностях не только интеллектуальных, но и музыкальных, художественных, технических, летных и т.д.

Способности должны учитываться врачом при проведении им медико-социальной (врачебно-трудовой) экспертизы. Но особое значение дяя медицинской психологии имеют именно интеллектуальные способности. Поэтому, хотя в учебниках общей психологии способности рассматриваются в особой главе, включаемой в раздел о личности наряду с главами о направленности личности, темпераменте и характере, мы рассматриваем их здесь вместе с интеллектом. При этом нельзя забывать, что если направленность и темперамент являются достаточно самостоятельными "подструкту-рами" личности, как мы видели в главе о

личности, то способности, как и характер, включая в себя черты и направленности личности, и характера, являются общими свойствами личности.

Авторы, стоящие на биологизаторских позициях, утверждают, что интеллект, как и другие способности индивидуума, передается по наслед-91

ству в неизменном виде. Поэтому выше уровня, определенного наследственностью, способности якобы подняться не могут. Подобные взгляды не отвечают современному состоянию науки и в психолого-педагогическом плане могут быть даже вредными. Однако ни в коем случае нельзя и рассматривать такие взгляды как совершенно необоснованные и полностью отвергать их; в таком случае повторится известное своей лженауч-ностью специальное Постановление ЦК. ВКП(б) 1936 года, фактически запретившее использование в нашей стране психометрических методов изучения интеллекта и способностей и отбросившее тем самым отечественную науку на полвека назад.

Интеллект не есть некая постоянная величина. Его развитие и развитие способностей (на основании определенных биологических предпосылок - задатков) происходит в течение всей жизни, особенно интенсивно в детстве и юности. Следовательно, разовьются ли имеющиеся у человека задатки, - это в определенной мере зависит и от условий его жизни, воспитания и обучения. В развитии биологических предпосылок ведущая роль принадлежит именно той деятельности, которая опирается на них. И чем в более оптимальный (сенситивныи) период это будет сделано, тем эффективнее результаты развития. Задатки долгое время могут быть неразвитыми, не превращенными в способности, либо не использованными во всей широте до определенного времени. Так было с С.Т. Аксаковым, И.А. Гончаровым: оба писателя проявили незаурядное литературное дарование лишь после 40 лет.

Задатки - это анатомо-физиологические особенности организма, например, тип высшей нервной деятельности. Задатки проявляются в склонностях (истинных и ложных) - ранних признаках зарождающихся способностей (одаренности). Таким образом, одаренность в развитии и есть способности. На основе одних и тех же задатков могут развиваться разные способности. Различают общие и специальные способности, а по уровню - репродуктивные и творческие. Высший уровень - талант и гениальность.

Среди особенно одаренных людей можно назвать А.С. Грибоедова. Вначале проявились его способности как лингвиста и музыканта. Они были заботливо развиты родителями и воспитателями. Затем у Грибоедова появилась сильная склонность к математике. Развивая эту способноЬть, он начал систематически заниматься с преподавателями. По заявлениям крупнейших математиков того времени, он должен был бы стать светилом науки. Объективно судить о лингвистических и математических способностях Грибоедова можно хотя бы по тому, что уже спустя несколько лет он, не удовлетворяясь возможностями обучения у своих московских педагогов, начал периодически ездить в Петербург, где брал частные уроки у видных университетских профессоров. Талант к поэтическому творчеству проявился у Грибоедова довольно поздно. Преждевременная смерть оборвала жизнь этого одаренного человека. Его замечательная творческая деятельность увековечена лишь в одном произведении - "Горе от ума".

Важнейшим свойством и вместе с тем условием интеллектуальной деятельности является умственная работоспособность. Характерно, что большинство талантливых и гениальных людей обладали большой работоспособностью. Являясь показателем силы нервной системы, работоспособность тем не менее не может определять интеллекта. Она также должна быть развита в течение жизни и деятельности человека.

Таким образом, способности и умственная работоспособность должны быть рассмотрены и учтены при решении вопроса об объеме знаний и опыта. Далее, весьма важную и существенную роль играет память. Богатые запасы памяти - важная предпосылка интеллектуального развития. Однако память опять-таки не главное в интеллекте.Чарльз Дарвин, например, исключительно высокие

интеллектуальные способности которого не подлежат сомнению, откровенно признавался, что обладает чрезвычайно слабой памятью.

Наши знания приобретаются в процессе обучения и практической деятельности. Большой запас знаний, так называемая эрудиция, - важнейшее свойство интеллекта. Несмотря на это, нельзя оценить ум человека, овладевшего значительным количеством знаний, как большой и высокий, ибо и эрудиция не определяет всего интеллекта в целом. Можно иметь диплом об окончании высшего учебного заведения и тем не менее не обладать развитым интеллектом. И наоборот, человек со сравнительно небольшим запасом знаний только лишь на основании одного этого не может считаться интеллектуально отсталым. Способность к суждению, к применению имеющегося комплекса знаний и опыта может быть у него на высоком уровне, что при соответствующих условиях и проявляется в виде замечательных достижений в деятельности.

Говоря о памяти, следует подчеркнуть и значение внимания, волевых качеств человека, способности к восприятию, особенности эмоциональной сферы применительно к понятию интеллекта. Однако так же, как и память, перечисленные психические функции представляют собой лишь его предпосылки, которыми обусловлено развитие интеллекта. Специально следует отметить роль мышления. Точность понятий, которыми оно оперирует, тонкий анализ и точный синтез, их адекватность ситуации, обстановке, наконец, верность суждений и умозаключений обязательны для высокоразвитого интеллекта, являясь вместе с тем его необходимыми условиями и предпосылками.

Таким образом, интеллект - весьма сложное психическое явление, включающее в свою структуру ряд элементов.

Развитие интеллекта нельзя рассматривать в отрыве от социальной среды, которая обязательно принимается во внимание при квалификации его глубины и широты.

Иллюстрацией к сказанному может служить следующий случай. 26 мая 1828 года около одной из застав Нюрнберга был обнаружен молодой человек в возрасте примерно 14-15 лет. Налицо были все признаки

сильной усталости. Подошвы ног, ладонные поверхности кистей рукбыли нежны и покрыты волдырями. Движения в коленных суставахзатруднены, речь практически отсутствовала. Юноша мог произнести лишь: "Я. как и мой отец, буду кавалеристом" и написать: "Каспар Хаузер". Речи окружающих не понимал, удивленно озирался по сторонам, отталкивая подаваемые ему различные предметы, сопротивлялся при попытке оказать ему помощь.

В дальнейшем Каспар Хаузер был взят на воспитание профессором Даумером. Уже с первых дней выяснилось, что мальчик не имеет никакого представления о чем бы том ни было.Он "никого не узнавал и ничего не помнил". Ел только хлеб, запивая его водой и отвергая все остальные предложенные ему продукты. В течение первых месяцев жизни в семье Даумера Каспар почти все время спал, причем на свежем воздухе сон наступал мгновенно.

На первых порах воспитание мальчика проходило под руководством самого профессора. Вскоре выяснилось, что Каспар обладает недюжинными способностями, которые ранее никогда не проявлялись. Посещая в дальнейшем школу, Каспар быстро выучился читать, писать и осмысленно относиться к происходящему вокруг и к самому себе. Появилась возможность расспросить его о прежней жизни. Мальчик рассказал, что, сколько он себя помнит, он всегда находился в маленькой комнате - пещере со сводами, где он полусидел-полулежал. Если случалось протянуть руки в стороны, то они касались холодных каменных стен. Самые первые впечатления - вода, хлеб, одежда, собственные части тела. Иногда вода имела "необычный вкус". Выпив ее, Каспар крепко засыпал. Проснувшись, он обнаруживал, что волосы на голове, а также ногти на руках и ногах коротко острижены, тело вымыто, надето свежее белье. С некоторых пор мальчика стал

посещать какой-то человек. Каспар звал его "ты". Опий к воде больше не подмешивался. "Ты" приносил игрушки, стриг, мыл и кормил Каспара, однако до самых последних дней никогда не произносил ни одного слова. Сколько времени так продолжалось, Каспар сказать не мог. Судя по всему, лет 12-13. Незадолго до прекращения заточения "ты" научил мальчика произносить приведенные выше слова, а также писать имя и фамилию. В один из дней он привел его кокраине города и оставил одного, положив в карман куртки Каспара записку, где было сказано, что воспитывать его "нет больше средств", а кто найдет мальчика, "пусть сделает что может". Хотя Каспар Хаузер и прожил у профессора Даумера всего пять с половиной лет (в 1833 году он был убит при таинственных обстоятельствах), однако за это время удалось убедиться, что, во-первых, психическое развитие 14-15-летнего мальчика находилось примерно на уровне 2-3- годовалого ребенка, во-вторых, при соответствующих условиях и умелом, заботливом воспитании он в сравнительно короткий срок сумел усвоить школьную программу, правила поведения и уже через 2-3 года почти ничем не отличался от сверстников.

Таким образом, социальное окружение способствовало тому, что в ускоренном темпе начали развиваться умственные способности, почти полностью отсутствовавшие до сих пор по причине тотальной изоляции от внешнего мира, от людей.

Этот пример поясняет, что способности могут быть развитыми, а запас знаний расширен в течение дальнейшей жизни. Оба этих качества не могут служить однозначными критериями при оценке интеллекта, как нельзя, посмотрев на термометр сегодня, сказать, какая температура воздуха будет завтра.

3. НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

В практической работе врачу и медицинскому психологу, тем более педагогу, приходится иметь дело с людьми, у которых присутствует недостаточность интеллекта. Она может быть либо врожденной или рано (в течение первых трех лет жизни) приобретенной (лшюумие - аянгофрения разных степеней), либо приобретенной в более позднем возрасте (слабоумие - деменция - частичное (парциальное) или полное) в результате различных заболеваний. Наиболее глубокие поражения интеллекта наблюдаются в неврологической и психиатрической клиниках, где изучению этой психической функции уделяется особое внимание.

Согласно определению, данному Г.Е. Сухаревой, под олигофрениями понимают группу различных болезненных состояний, которые различаются по своему происхождению, механизмам развития и клиническим проявлениям, но которым присуще общее психическое недоразвитие с преобладанием интеллектуального дефекта и отсутствие прогредиентности. В зависимости от того, известна или неизвестна причина умственной отсталости, различают недифференцированные и дифференцированные формы олигофрений, причем количество последних неуклонно возрастает по мере углубления изучения этого состояния. В. В. Ковалев выделяет следующие группы дифференцированных форм олигофрений: 1) олигофрений при хромосомных болезнях (сюда, в частности, относятся синдром Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Кляйнфельтера и др.); 2) наследственные формы (например, фенилкетонурия, связанная с наследственным нарушением аминокислотного обмена); 3) смешанные по этиологии (эндогенно-эк-зогенные) формы; 4) экзогенные формы, обусловленные внутриутробными, перинатальными или ранними постнатальными экзогенно-органическими поражениями.

Слабоумие имеет определенные особенности в зависимости от болезни, которой оно вызвано. В одних случаях образовавшийся психический дефект все же позволяет пациенту проявлять до известной степени критическую позицию по отношению к своему состоянию, в других - такая критичность и сознание болезни отсутствуют. К деменции могут приводить шизофрения, эпилепсия, а также органические заболевания головного мозга, при которых разрушается его вещество (старческие психозы, сифилитические поражения, сосудистые и воспалитеиьные заболевания головного мозга, тяжелые черепно-мозговые травмы).

Г. Штерц выделил следующие основные типы слабоумия, которые полностью сохраняют свое значение и в настоящее время:

95

1. Лаку парное слабоумие - при нем несмотря на образовавшийся интеллектуально-мнестический дефект сохраняются морально-этические свойства личности. Такой тип слабоумия присущ церебральному атеросклерозу, другим сосудистым поражениям головного мозга, недалеко зашедшим опухолям мозга.

2. Глобарное (диффузное) слабоумие - о нем речь идет в тех случаях, когда личность резко деградирует, сознание болезни отсутствует, критика и рассудительность резко снижены, снижены или утрачены полностью нравственные свойства личности. Глобарное слабоумие наблюдается в клинике диффузных поражений головного мозга (например, старческое слабейте, прогрессивный паралич).

3. Парциальное слабоумие - результат поражения отдельных мозговых систем, косвенно относящихся к интеллектуальной деятельности и играющих роль в ее организации. Оно может наблюдаться, например, при контузиях головного мозга, его опухолях, энцефалитах.

В практической работе важно знать классификацию умственной отсталости по степеням.

Наиболее глубокой степенью умственной отсталости является идиотия. Такие люди в состоянии фиксировать взгляд на предметах, знают несколько десятков слов, узнают близких, могут проявлять элементарную привязанность, самостоятельно принимать пищу (но едят неопрятно), осмыслить простейшую ситуацию. Однако осуществлять сколь-либо целенаправленную самостоятельную деятельность не в состоянии, не в состоянии они обеспечить и уход за собой, в силу чего нуждаются в постоянном постороннем уходе и надзоре. Не обу-чаемы.

Имбецильность (средняя степень умственной отсталости) отличается от идиотии прежде всего более или менее развитой речью. Больные поздно начинают говорить (на 3-5-м году жизни), словесный запас крайне беден. Чужая речь, мимика и жестикуляция понимается больными только в пределах их постоянного обихода. Новые ситуации в полном объеме не осмысливаются, требуется постоянная поддержка, помощь и руководство. Чтением и письмом практически не овладевают, хотя легкие имбецилы могут обучаться в специальных классах вспомогательной школы.

Дебильность - легкая степень олигофрении. Запас слов у таких людей достаточно большой, но им не хватает гибкости речи и они в значительной степени прибегают к стереотипным выражениям, трафаретным фразам, заученным словесным оборотам. Нередки дефекты речи в виде шепелявости, аграмматизмов и др. Страдающие дебильностью в какой-то мере способны отвлекаться от конкретных представлений, но глубокого понимания ситуации они не обнаруживают. Способны обучаться по программе вспомогательной школы.

96

4. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Прежде всего следует установить соответствие имеющегося у больного запаса знаний и образования, соответствие жизненного опыта возрасту, характеру трудовой деятельности. Для этого пациенту предлагают целый ряд вопросов, которые обязательно должны быть соотнесены с образованием и вообще предполагаемым уровнем развития интеллекта. Если это условие не будет учтено, то дальнейший контакт с больным может быть нарушен. Особенно это касается тех случаев, когда у пациента с высоким уровнем образования спрашивают элементарные сведения или если при отсутствии у человека достаточной подготовки ему предлагаются слишком сложные вопросы. В дальнейшем в

соответствии с имеющимся умственным багажом применяют специальные методики для проверки возможностей анализа и синтеза.

При изучении интеллекта человека пожилого возраста необходимо помнить, что, согласно исследованиям, проведенным в последние десятилетия, установлено менее разрушительное влияние старения на интеллектуальные способности более одаренных людей.

Результаты исследования интеллекта сопоставляют с данными исследования остальных психических функций. Только после этого можно сделать окончательный вывод о психическом состоянии больного и о тех практических мероприятиях, которые целесообразны при общении с ним. В качестве методов психодиагностики интеллекта в настоящее время во всех странах мира очень широкое распространение получили различные психометрические методы. Среди них наиболее известны взрослый и детский варианты методики Д. Векслера и методика прогрессивных матриц Дж. Рейвена.

Исследование интеллекта по методу Д. Векслера. Предложено его автором в 1949 году для детей и в 1955 году для взрослых. В нашей стране методика применительно к взрослым была адаптирована в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева в 1969 году, а детский вариант методики - А.Ю. Пана-сюком в 1973 году.

Методика предназначена для комплексного исследования интеллекта и вычисления интеллектуального коэффициента IQ. Взрослый вариант методики рассчитан на возрастной интервал от 16 до 64 лет (может быть использован и в более старшем возрасте); детский вариант применяется от 5 до 15 лет 11 месяцев 29 дней.

Методика состоит из II (взрослый вариант) или 12 (детский вариант) субтестов, каждый из которых является самостоятельной психодиагнос-тической методикой, исследующей те или иные стороны осуществления интеллектуальной деятельности. Все субтесты разделены на две группы - вербальные (6 субтестов) и невербальные (5 субтестов во взрослом варианте и 6 субтестов в детском варианте).

Группа вербальных субтестов включает:

субтест 1 (общая осведомленность) - исследует воспроизведение ранее усвоенного материала, в известной мере измеряет объем полученных испытуемым знаний, состояние долговременной памяти. Является в значительной степени культурально обусловленным субтестом;

субтест 2 (общая понятливость) - содержит вопросы, позволяющие оценить социальный и культурный опыт испытуемого, способность формирования им умозаключений на основе прошлого опыта;

субтест 3 (арифметический) - диагностирует способность концентрации активного внимания, быстроту мышления, способность оперирования арифметическим материалом. Результаты этого субтеста обнаруживают обратную зависимость от возраста;

субтест 4 (сходства) - оценивает логический характер мышления, способность формирования логического понятия. Субтест может обнаруживать некоторую обратную зависимость успешности выполнения от возраста испытуемого;

субтест 5 (воспроизведение цифровых рядов в прямом и обратном порядке) - применяется для исследования оперативной памяти и внимания;

субтест 6 (словарный) - служит для оценки словарного запаса испытуемых.

Перечисленные шесть субтестов хотя и относятся к группе вербальных, сами по себе являются достаточно неоднородными. Наиболее убедительно это показали исследования Д. Бромлей (1966), установившей различную динамику успешности выполнения отдельных вербальных субтестов в зависимости от возраста.

По результатам выполнения испытуемым вербальных субтестов вычисляется их интегральная оценка - так называемый вербальный IQ.

Невербальные субтесты представлены пятью методиками у взрослых и шестью у детей.

субтест 7 (цифровых символов, шифровка) - исследует зрительно-моторную координацию, психомоторику, способность к научению;

субтест 8 (нахождение недостающих деталей в картине) - выявляет способность испытуемого выделять существенные признаки предмета или явления, исследует концентрацию активного внимания, ее роль при воспроизведении образов;

субтест 9 (кубики Кооса) - служит для исследования пространственного воображения, конструктивного мышления;

субтест 10 (последовательные картины) - выявляет способность установления испытуемым последовательности развития сюжета по серии картинок, его антиципацию мышления и способность к планированию социальных действий. В определенной мере по результатам выполнения данного субтеста можно получить представление о социальном интеллекте испытуемого;

субтест II (сложение фигур) - измеряет способность составления из отдельных фрагментов единого смыслового целого, зрительно-моторную координацию испытуемого.

Детский вариант методики измерения интеллекта Д. Векслера в своей невербальной части содержит также еще один субтест, альтернативный субтесту шифровки цифр - субтест 12 (лабиринты).

Точно так же, как определяется интегральный показатель вербальных субтестов, рассчитывается и интегральный показатель выполнения невербальных субтестов - невербальный IQ. Затем на основе полученных результатов производится определение общего IQ.

Все показатели интеллектуального коэффициента рассчитываются в зависимости от возраста испытуемого.

Тест Векслера тщательно стандартизирован, имеет высокую надежность (для взрослого варианта - 0,97, для детского варианта - 0,95-0,96).

Методика широко применяется в клинической практике, коррекционной педагогике (преимущественно в олигофренопедагогике), профессиональном отборе, судебно-психологической экспертизе.

Шкала прогрессивных матриц Дж. Рейвена. Предложена в 1936 году. Разрабатывалась в рамках традиционной английской школы психологии, согласно которой наилучшим способом измерения фактора интеллекта является выявление отношений между абстрактными фигурами.

Черно-белые стандартные матрицы Рейвена предназначены для взрослых в возрасте от 20 до 65 лет; с их помощью могут быть также исследованы дети и подростки в возрасте от 8 до 14 лет.

Цветные матрицы Рейвена (более простой вариант методики) применяются дня исследования детей в возрасте от 5 до II лет; их рекомендуют применять также для лиц старше 65 лет и умственно сниженных лиц.

Продвинутые матрицы Рейвена предназначены для исследования интеллекта у одаренных личностей.

Методика Рейвена состоит из невербальных заданий, что, по мнению многих зарубежных исследователей интеллекта, имеет важное значение, так как позволяет меньше учитывать знания, приобретенные испытуемым в процессе образования и благодаря жизненному опыту.

Стандартные матрицы Рейвена включают 60 черно-белых таблиц, объединенных в пять серий возрастающей трудности: А, В, С, D, Е. Каждая серия содержит 12 таблиц, расположенных в порядке возрастания сложности геометрического изображения.

Серия А использует принцип установления взаимосвязи в структуре матриц. От испытуемого требуется дополнить недостающую часть изображения. Исследуются: способность дифференциации основных элементов структуры и раскрытия связей между ними; способность идентификации недостающей части структуры и сличения ее с представленными образцами. 4* '

99

Серия В построена по принципу аналогии между парами фигур. Испытуемый должен найти принцип, соответственно которому построена в каждом отдельном случае аналогия, и, исходя из этого, подобрать недостающий фрагмент.

Серия С сформирована по принципу прогрессивных изменений в фигурах матриц. Эти фигуры в пределах одной матрицы все более усложняются, происходит как бы их непрерывное развитие.

Матричные фигуры в серии D построены по принципу перегруппировки. Испытуемый должен обнаружить эту перегруппировку, происходящую в горизонтальном и вертикальном направлениях.

Серия Е основана на принципе разложения фигур основного изображения на элементы. Недостающую фигуру можно найти, поняв принцип анализа и синтеза фигур.

Методика прогрессивных матриц Рейвена позволяет при помощи специальной таблицы переводить полученные результаты в интеллектуальный коэффициент IQ. Надежность методики достаточно высока - по данным ряда специальных исследований она колеблется от 0,7 до 0,89. Методика Рейвена широко используется в профотборе и клинической психодиагностике. В нашей стране методики Дж. Рейвена адаптируются коллективом сотрудников Института психологиии РАН под руководством В.И. Белопольского.

Помимо описанных существуют и другие методики для психометрического исследования интеллекта (Р. Амтхауэра, Р. Кэттэлла и т.д.). Глава 4 ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ. ВОЛЯ. ПСИХОМОТОРИКА

1. ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Решающее значение для правильного исследования проблемы воли и произвольной деятельности имеет определение таких философских категорий, как "необходимость" и "свобода воли", а также выяснение их взаимоотношений. Особая острота борьбы взглядов философов различных направлений по этим вопросам связана с тем, что они представляются весьма важными при решении многих проблем и затрагивают область права, государства, воспитания, обучения и др.

Среди философов и психологов уже давно имеет хождение теория волюнтаризма (В. Вундт, В. Дильтей, Т. Лиллс и др.), противопоставившая "свободу воли" рационализму (признание примата рассудка во всей психической деятельности). С точки зрения волюнтаризма, воля рассматривается вообще в отрыве от всего, как нечто, не поддающееся закону причинности. Тем самым подчеркивается принцип индетерминизма, при котором свобода заключается в полной независимости воли человека от объективного мира. Необходимость рассматривается как продукт сознания человека.

С точки зрения других философских взглядов, под необходимостью понимаются законы природы, свойства предметов и явлений объективной действительности. Отражая ее, человек познает сущность биологических и экономических законов, познает необходимость, вытекающую из них. Чем шире процесс познания, тем глубже человек проникает в смысл внутренних связей между объектами материального мира, тем он становится свободнее в своих действиях. Свобода человека определяется глубиной познания им необходимости.

Следовательно, необходимость природы есть первичное, а воля и сознание человека - вторичное. Являясь планомерными и преднамеренными, наши действия причинно обусловлены, т.е. детерминированы (от лат. determine - определять) событиями и явлениями, происходящими во внешнем мире.

Свобода воли при этом отнюдь не отрицается. Но понимается она как возможность, способность принимать решения со знанием дела и осмысленно руководить своими действиями, предвидя их последствия. Идея детерминизма, устанавливая необходимость человеческих поступков, нимало не уничтожает ни разума, ни совести человека, ни оценки его действий.

Подобные философские представления особенно характерны для нашей страны, они находят естественнонаучное обоснование в трудах И.М. Се-ченова и И.П. Павлова об отражательной деятельности головного мозга, о рефлекторной природе связей между организмом и внешним миром, об опосредованном восприятии и осмыслении объектов действительности.

Еще одно направление, характерное преимущественно для зарубежной науки, представлено бихевиоризмом (от англ. behaviour - поведение, манеры). Основатель этого направления американский психолог Э. Торндайк (1874-1949) предпринял в конце XIX века ряд исследований с целью выяснения отношения между "стимулом" и реакцией организма. Изучалась главным образом быстрота реакций животных в случаях приобретения новых навыков. Вывод о том, что все дело тут заключается в ассоциациях между зрительными, осязательными актами и следующими за ними действиями, был безоговорочно перенесен на человека. Представители бихевиорального направления в психологии проводят очень тесные параллели между поведением животных и человека, полагая, что человеческая психика, в частности произвольная деятельность, сводится к автоматическим "реакциям" на соответствующие стимулы.

В последнее время изучение воли идет по двум направлениям: мотивационный и регуляционный подходы.

2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И ДЕЙСТВИЯ

Сознание не останавливается на констатации тех или иных предметов, явлений и осмысления их связей между собой и эмоциональной оценке степени их полезности или бесполезности, удовлетворения или неудовлетворения ими потребностей человека как организма и личности. Наоборот, чем больше человек узнает об окружающем его мире и о собственном организме, чем шире его понятия, глубже суждения и умозаключения и эмоциональная оценка окружающего мира, тем с большей необходимостью встает задача преобразования им объектов реальности, совершенствования своих собственных качеств. При этом преобразование будет проходить до тех пор, пока предметы и явления не будут отвечать потребностям, интересам и идеалам человека, т.е. его социальным, эстетическим, моральным, интеллектуальным и иным запросам.

Сознание человека не только отражает объективный мир, но и творит его; если мир не удовлетворяет человека, то человек своими действиями решает изменить его. В психологии проблема активности сознания рассматривается как проблема воли, произвольной деятельности. Это имеет огромное значение и для различных медико-психологических вопросов. Под деятельностью человека понимается все

многообразие его действий, направленных к определенным жизненным целям. Деятельность состоит из действий и операций. Действия - это система движений,

направленных на предмет и преследующих определеную цель. Действия, направленные на людей, называются поступком (проступком). Операции - способ выполнения действия, они не осознаются. Деятельность может быть предметной и познавательной.

Существует аппарат контроля (акцептор действия), который сличает результаты реального действия с поставленной целью. Основными видами деятельности являются: игра, учение и труд.

Действие - это элемент деятельности, определяемый простейшей целью, не раздожимой на более простые. Хотя действия могут быть не только двигательные, но и умственные (мыслительные, мнестические), произвольная деятельность, как это показал И.М. Сеченов, наиболее связана с двигательными действиями. Отдельные моторные аеты сочетаются друг с другом. Единство их и составляет сущность произвольной деятельности.

Важнейшим внешним проявлением отражения человеком окружающей его реальности являются его двигательные реакции. Именно посредством движений, действий осуществляется воздействие человека на предметы и явления материального мира как активный процесс взаимодействия с ним.

Следует выделять инстинктивные и приобретенные движения. Инстинктивные движения - это единственная форма непроизвольных моторных актов, тогда как все другие действия относятся к произвольным, даже если они в дальнейшем и автоматизировались (например, ходьба, письмо, завязывание узлов и др.).

Простые инстинктивные движения присущи и взрослым людям (например, быстрое отдергивание руки от проводника с электрическим током), но в основном они свойственны детям раннего возраста. В этом периоде жизни налицо лишь инстинктивное неосознанное стремление; волевой акт, хотя бы в его примитивной форме, пока невозможен. Поэтому ребенок не в состоянии руководить даже простейшими движениями. Затем из хаотической массы движений у него начинают выделяться более целесообразные, в основе которых всегда лежит внешнее чувственное раздражение. Эти заученные движения, теперь уже получающие название действий, преследуют цели удовлетворения определенных потребностей.

С течением времени действия становятся все более и более сознательными. Это уже настоящие волевые действия, хотя в ранней стадии их становления отдельные этапы волевого акта выражены и неодинаково. Чаще в это время можно проследить лишь "побуждение - принятие решения - выполнение решения", ибо в этой стадии развития ребенку почти не приходится принимать специальных волевых усилий для преодоления препятствий.

По мере накопления некоторого опыта, появления новых запросов и интересов, новых потребностей волевые действия усложняются. С большей четкостью теперь выступают отдельные основные этапы волевого

процесса, включая борьбу мотивов, выбор средств, рассмотрение плана действий и т.д. Усложняющиеся условия существования организма требуют постоянного адекватного реагирования, что выражается то в задержке движений, то в их усилении, замене одних движений другими и т.п.

В зрелом возрасте возможны и инстинктивные движения, однако основным элементом произвольной деятельности будет волевое действие, направленное к сознательно поставленной цели и сопровождающееся сосредоточением на нем внимания. Некоторые исследователи, анализируя волевые действия, разделяют их на сложные и простые.

Сложное волевое действие - наиболее совершенная форма деятельности человека, требующая очень большого участия в нем мышления и внимания.

Простое волевое действие отличается от сложного тем, что оно требует не специального осмысления, но постоянного внимания при его выпал-нении, ибо образовалось оно в силу частого повторения сложного, т.е. в свое время достаточно обдуманного и прошедшего все этапы волевого акта. Простое волевое действие по своей структуре ничем не отличается от сложного - его "прародителя", ибо уход "из сферы сознания" не означает "уход из коры".

По мере дальнейшего повторения простого волевого действия оно становится настолько привычным, обычным, что для его осуществления не требуется не только осмысления, но даже и специального активного внимания. Это значит, что оно автоматизируется, становится легким, быстрым, а следовательно, более продуктивным. В процессе превращения сложного волевого действия в простое и в еще большей степени при трансформации простого в автоматизированное основное значение имеет степень заинтересованности человека при выполнении того или иного вида деятельности, т.е. соответствие работы, труда особенностям личности.

Таким образом формируются навыки и умения. Навыки могут быть (учебные, производственные, спортивные и т.д.) двигательными, сенсорными, умственными; они могут сочетаться между собой. Навыки облегчают деятельность, но могут сделать ее шаблонной, поэтому они должны быть гибкими. Формирование навыка проходит три этапа: аналитический, синтетический и автоматизации. В одних случаях навыки могут способствовать образованию новых (перенос навыка), в других - тормозить их развитие (интерференция навыков). При снижении деятельности и тем более при ее прекращении происходит деавтоматизация навыка. При эмоциональном возбуждении может отмечаться временная деав-томатизация навыка. Поэтому небезразлично, например, в каком эмоциональном состоянии оперирует хирург. Умениями называются элементы деятельности, которые позволяют делать что-либо с высоким качеством. Умения включают автоматически выполняемые части (навыки), но в целом являются частью деятельности, контролируемой сознанием

(во всяком случае - в конечной цели и в основных промежуточных пунктах).

Действия и поступки, которые совершаются автоматически, могут стать привычными. Привычки фиксируют потребность делать что-либо определенным образом. Привычки могут быть нравственными, трудовыми, умственными, культурного поведения, санитарно-гигиеническими и т.д. Физиологической основой привычки являются сформировавшиеся функционально-динамические системы.

Разумеется, не все волевые двигательные акты человека проходят ступени сложного, простого и автоматизированного. Степень автоматизации и упрощения сложных волевых действий зависит от профессии, специальной тренировки и т.п., определяется главным образом функциональными возможностями нервной системы человека и находится в тесной связи с условиями воспитания и жизни индивидуума, его потребностями.

Следовательно, на раннем этапе (у новорожденного ребенка) движения только инстинктивные, дуга рефлекса замыкается в подкорке. С появлением первых волевых действий в них принимает участие кора. Замыкание рефлекторной дуги совершается в полушариях коры. Условия жизни усложняются, совершенствуется работа сигнальных систем, формируется двигательный анализатор. Роль коры в осуществлении волевых действий становится еще более важной: регуляция деятельности первой сигнальной системы (торможение или усиление ее работы), опосре-дование раздражений, их синтез и анализ - разум выступает на первый план.

Работы Н.И. Красногорского показали, что двигательная клетка способна образовывать временные связи с любыми клетками и системами головного мозга. Таким образом, постепенно формирующийся двигательный анализатор служит местом образования условно-рефлекторных дуг, так же, как и место синтеза и анализа для импульсов от внешних и внутренних двигательных аппаратов.

Возникающие в двигательном анализаторе временные связи в дальнейшем закрепляются и становятся для взрослого человека уже как бы готовыми, "непременными". Благодаря концентрации возбудительного процесса и отрицательной индукции со временем вырабатываются определенные функциональные системы - нейродинамические стереотипы. Они начинают образовываться у человека с самого раннего детства - и в процессе деятельности, сначала непроизвольной, а потом произвольной, и путем воздействия через слово (специальное обучение; чтение научной и художествнной литературы, беседы и разговоры; посещение кино, театров и пр.). Мало-помалу вырабатываются соответствующие нормы поведения, то или иное отношение к людям, предметам, образам и явлениям. Соответственно появляется бесчисленное множество динамических стереотипов ("привычные занятия", "привычный образ жизни"

106

и т.п.), каждый из которых имеет в основе взаимодействие основных нервных процессов в сферах первой и второй сигнальных систем.

Эта специфическая сочетанная деятельность возбудительного и тормозного процессов - следствие частого повторения одних и тех же раздражителей - внешних или внутренних, следовавших когда-то в определенном порядке друг за другом. Теперь уже достаточно одного из них, чтобы вся система была приведена в действие.

Таким образом, произвольная деятельность взрослого человека - результат всей суммарной аналитико-синтетической работы коры головного мозга, основными условиями которой являются взаимодействие сигнальных систем и функция участка коры больших полушарий, обладающего оптимальной возбудимостью. Иными словами, "тончайшее уравновешивание" организма, его приспособление к условиям окружающей среды на протяжении всей нашей жизни обеспечиваются основными процессами корковой деятельности - возбуждением и торможением в разнообразных формах их взаимодействия.

3. ЭТАПЫ ВОЛЕВОГО ПРОЦЕССА

Воля - это сознательная, целенаправленная психическая активность, связанная с преодолением препятствий (объективных или субъективных). Как и в случае внимания, при рассмотрении воли более целесообразно говорить о волевом компоненте каждого психического акта, чем специально выделять изолированный волевой процесс. Это обстоятельство еще раз подчеркивает единство нашей психики, расчленять которую на изолированные психические процессы можо лишь условно, и то для чисто практических целей, например для преподавания, подробного изучения отдельных качеств и свойств психической деятельности.

Воля возникла и развивалась в труде, в процессе воздействия на окружающую среду и не сразу приобрела те развитые формы, которые мы наблюдаем и изучаем у современного человека. Неудовлетворенная элементарная потребность первобытного человека вызывала стремление к ее удовлетворению. Подобное простейшее психическое явление - влечение - можно рассматривать как начало формирования воли. К влечениям следует отнести психические импульсы, которые возникают на базе инстинктов - пищевого, оборонительного, полового и др.

Влечение представляет собой филогенетически более старую функцию. Влечения, в основе которых лежит инстинктивная деятельность, носят чисто биологический характер, однако они присущи и современному человеку. Эти естественные потребности являются продуктом общественно-исторического развития и отличаются от потребностей высших животных содержанием и способами удовлетворения.

Когда влечение достаточно оформлено в сознании, выяснены пути и способы его удовлетворения, тогда оно носит название желания. В

процессе исторического развития человеческой личности водя, наконец, выступила как вполне определившееся качество психики, как сознательно направленная на преодоление препятствий активность.

В сложном волевом процессе или в единичном волевом действии можно выделить несколько основных этапов. Во-первых, возникновение побуждения, стремления к достижению определенной цели. Как уже было сказано, побуждения детерминированы объективной необходимостью с учетом коррекции ее разумом человека. Тут же совершается и оценка возникающего побуждения с точки зрения его осуществимости вообще. Потом появляется осознание ряда возможностей достижения этой цели и сразу же за этим - мотивы, подкрепляющие или опровергающие эти возможности. Мотивом деятельности называется то, что, являясь отражением окружающей действительности, побуждает деятельность человека и направляет ее на удовлетворение определенных потребностей.

Далее начинается борьба мотивов. Ситуация, потребовавшая от человека овладения своим поведением, заставляет приложить соответствующие волевые усилия для ее осмысления. Рассмотрев все "за" и "против", взвесив различные мотивы, учтя конкретную обстановку, человек останавливается, наконец, на данном побуждении и, окончательно убедившись в значительности его последствий для общества или для собственной личности, принимает решение.

Следует добавить, что у здорового человека чаще всего только те желания могут переходить в действия, которые не только реальны, но и достигли большой степени напряженности.

Волевое действие заканчивается (как показано на схеме) осуществлением принятого решения. Интенсивное волевое усилие при этом имеет место на всём протяжении соответствующего двигательного акта, обычно направленного на преодоление препятствий.

Схема этапов волевого действия

ЦЕЛЬ и стремление достичь ее -"

Осознание ряда возможностей достичь цели -"

Появление мотивов, подкрепляющих или опровергающих эти возможности -"

Борьба мотивов и выбор -"

Принятие одной из возможностей в качестве решения -"

Осуществление принятого решения

Продолжительность каждого из перечисленных этапов в разных случаях далеко не одинакова. В зависимости от особенностей личности человека и объективных причин на каждом из этапов возможна задержка на более или менее продолжительное время. Четких переходов между указанными фазами сложного волевого процесса, естественно, не существует.

Для того чтобы побуждение обратилось в действие, человек должен обладать некоторыми определенными качествами. Прежде всего требуется целеустремленность, т.е. способность сделать окончательный выбор, без колебаний остановиться на чем-нибудь вполне конкретном. Особенно пагубной

бывает нерешительность на границе между этапами борьбы мотивов и осуществлением принятого решения.

Второе немаловажное качество - это инициатива. Необходима она и в момент возникновения стремления, но особенно важна при выполнении принятого решения. Эффективности проведения в жизнь задуманного наряду с инициативностью способствует настойчивость в действиях, в соблюдении их последовательности. Среди других качеств следует отметить самостоятельность в решениях и поступках, выдержку, самообладание в моменты неожиданных осложнений и определенную долю самокритичности. Последнее качество необходимо уже хотя бы потому, что в некоторых случаях возникает потребность пересмотреть свои действия, подвергнуть оценке свои чувства, вовремя заметить собственные ошибки.

Волевые качества особенно необходимы людям, деятельность которых или связана с опасностями, или предполагает такие неожиданности, что учесть их невозможно даже при самом тщательном предварительном обдумывании. Последнее безусловно относится ко многим медицинским специальностям и прежде всего к специальностям хирургического профиля (нейрохирургия, полостная хирургия, хирургия стоматологическая и др.).

4. УТОМЛЕНИЕ И УСТАЛОСТЬ

Выше уже указывалось, что в скорости и прочности образования динамического стереотипа большую роль играет заинтересованность человека в выполняемой работе, вообще всякой деятельности. Однако чувственный компонент в произвольном двигательном акте имеет и другое значение - как фактор, непосредственно отражающийся на степени усталости человека.

Усталость - это переживание человеком утомления (истощение сил работающего). Степени проявления усталости и утомления не всегда совпадают. Известно, что неинтересная, скучная, не отвечающая склонностям человека работа быстро утомляет и вызывает усталость. Наоборот, положительные эмоции значительно отдаляют период, когда появляется

усталость. Утомление, конечно, наступает, однако до поры до времени не ощущается субъективно.

Объясняется это тем, что в случае возникновения положительных эмоций возбудительный процесс захватывает широкую область подкорковых образований. Подкорковые центры тонизируют кору, повышая ее работоспособность. При этом имеют значение преимущественно два фактора.' "восходящие активирующие влияния" ретикулярной формации, которым, возможно, и принадлежит основная тонизирующая роль в межцентральных отношениях нейронов, и соответствующее эмоциональному тонусу возбуждение высших подкорковых центров, приводящее к значительному преобладанию тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы и повышенному выделению адреналина. Адаптационно-трофическое влияние вегетативной нервной системы сказывается в дальнейшем на том, что работоспособность человека повышается.

Предполагается, что сущность сдвигов, которые ведут к повышению работоспособности корковых клеток, состоит в усилении восстановительных процессов. Кроме того, в силу их значительного перевеса процесс торможения появляется несвоевременно - охранительное торможение наступает со значительным опозданием.

Эти данные врач, медицинский психолог, работающий в здравоохранении педагог должны иметь в виду, когда им приходится иметь дело с астенизированными пациентами. Заинтересовывая их беседой, предоставляя им возможность излишне подробно рассказывать о различных обстоятельствах, можно нередко видеть эмоциональный подъем с последующей слабостью, падением сердечной деятельности и др. С другой стороны, нужно быть всегда осторожным в советах по

трудоустройству в смысле возможного перенапряжения нервной системы при выполнении работы, сильно увлекающей человека, особенно больного. В равной степени в рекомендациях вредна и излишняя осторожность, сковывающая деятельность больного.

В этом отношении интересны данные Б. Нильсена (1947), который наблюдал несколько случаев, когда интенсивная работа со значительным эмоциональным напряжением приводила к возникновению резкой мышечной слабости вплоть до парезов конечностей, к снижению веса тела и др. При этом Нильсен не мог отметить каких-либо иных как соматических, так и неврологических расстройств у своих больных.

5. НАРУШЕНИЯ ВОЛИ

Из волевых расстройств наиболее часто встречается гипобулия (от греч. hypo - под, ниже, bule - воля) - понижение волевой активности. Такие больные малоподвижны; стремлений к деятельности у них почти не возникает. Начав что-либо делать, они быстро прекращают работу не

потому, что наступает усталость, а в связи с отсутствием желания продолжать свое занятие. Движения их обычно вялые, небольшой амплитуды. Описывая свое состояние, больной может сообщить: "Вижу - надо делать, умом понимаю, но не в состоянии ни к чему притронуться". Гипобулия обычно сопровождает астении, депрессии, хронический алкоголизм, многие соматические страдания и иногда является одним из первых признаков наступающей болезни. Как временное явление, гипо-булия может встречаться и у здоровых людей (например, в момент пробуждения).

Реже встречаются проявления гипербулии - патологического повышения волевой активности. Иногда волевые усилия устремлены в каком-либо одном направлении (например, для скорейшего приобретения наркотиков при абстиненции). В других случаях гипербулия проявляется более "диффузно" (например, при маниакальном синдроме).

Абулия - отсутствие волевых побуждений и стремлений - сочетается с апатией (апатико-абулический синдром).

В весьма редких случаях можно встретиться с наиболее интересным с клинической точки зрения явлением - парабулией - извращением воли и влечений, которые проявляются в довольно странных, а иногда и нелепых поступках. Парабулия. как и другие расстройства воли, может проявляться в разных сферах нервной и психической деятельности: парорексия (больные поедают песок, бумагу, пьют клей, чернила), сексуальные перверсии, пиромания (патологическое влечение к поджогам), клептомания (патологическое влечение к воровству), дромомания (патологическое влечение к бесцельному странствованию, бродяжничеству), суи-цидомания и другие извращения инстинкта самосохранения.

Например, к дежурному врачу был доставлен больной. Обследованию он подчинился пассивно, к факту госпитализации был безразличен. После осмотра сел и с тупым выражением лица стал усиленно растирать мизинец левой кисти. Затем внезапным движением больной вдруг всунул палец в рот и перекусил кость концевой фаланги. На вопрос врача, зачем он это сделал, ответил спокойным голосом, без какой-либо эмоциональной окраски "пришла мысль - и откусил". Тут же больной был направлен к хирургу. И в то время, пока хирург мыл руки и готовился к обработке раны, больной откусил концевую фалангу на другом пальце, сохраняя полное спокойствие и прежний невозмутимый вид.

Врачи-гинекологи могут иметь дело с так называемой "пикой беременных" (от лат. pica - сорока, которая часто держит в клюве несъедобные предметы). В данном случае имеет место извращение пищевого инстинкта, которое объясняется разнообразными глубокими сдвигами обмена веществ в организме будущей матери. Женщины едят мел, яичную скорлупу, клей, древесный уголь и др., нюхают бензин

и т.п. Особых мероприятий пика беременных не требует и исчезает самостоятельно, чаще после родов.

Ill

6. ПСИХОМОТОРИКА

Термин психомоторика в патопсихологии и психиатрии характеризует центральные регуляторные механизмы двигательных реакций, а также их индивидуальные и личностные особенности.

Все движения человека осуществляются и регулируются при самом непосредственном участии различных отделов центральной нервной системы, где каждый из этих отделов играет свою определенную роль. Наиболее простые двигательные рефлексы человека (например, кожные и сухожильные) связаны с деятельностью нижних отделов центральной нервной системы - спинного, продолговатого и среднего мозга. Более сложные рефлексы регулируются мозжечком и контролируемыми им вестибулярным аппаратом и соответствующими отделами среднего мозга (рефлексы позы и стояния). Дальнейший синтез различных видов чувствительности в единое целое происходит на уровне промежуточного мозга и подкорковых ядер.

Однако сложные двигательные действия возникают только при участии высокоорганизованных отделов коры головного мозга, особенно лобных долей больших полушарий. При этом действия приобретают смысловое содержание и становятся целенаправленными.

Каждое действие или движение человека регулируется определенными звеньями сложной функциональной двигательной системы. В основе ее современной концепции лежат положения учения И.П. Павлова о двигательном анализаторе, состоящем из локализованных и рассеянных образований как в коре головного мозга, так и в подкорковых структурах, причем все эти элементы двигательного анализатора постоянно динамически взаимодействуют между собой и с другими отделами центральной нервной системы.

Значительный вклад в дальнейшее развитие учения о психомоторике внес А.Р. Лурия. Он показал роль отдельных областей мозговой коры в осуществлении двигательных актов. Так, постцентральные (чувствительные) зоны коры головного мозга обеспечивают кинестетическую, пропри-оцептивную афферентацию двигательного акта, правильную адресацию двигательных импульсов к мышечной периферии. Нижнетеменные участки коры и теменно-затылочные области управляют пространственной организацией движений. Премоторные отделы коры регулируют временную серийную организацию движений и действий. Лобные отделы коры головного мозга обеспечивают высшую регуляцию двигательных актов - сличение реального движения с исходной двигательной задачей, словесную регуляцию движений, приспособительную целесообразность действий.

В последующем Н.А. Бернштейном была подробно разработана теория уровневой организации движений, позволяющая разложить сложный двигательный акт на отдельные компоненты, а также выявить состояние мозговых уровней, их роль в регуляции движений и действий.

112

Выделенным им мозговым уровням организации движений НА Берн-штейн дал условные обозначения по первым буквам латинского алфавита (А, В, С, D, Е). Каждый уровень построения движений характеризуется морфологической локализацией, ведущей афферентацией, специфическими свойствами движений, основной и фоновой ролью в двигательных актах вышележащих уровней, патологическими синдромами и дисфункцией.

Филогенетически наиболее ранний руброспинальный уровень регуляции движений (уровень А). Он обеспечивает непроизвольную бессознательную регуляцию тонуса мускулатуры тела с помощью проприоцепции. Деятельность этого уровня наиболее

наглядно проявляется, например, в таких движениях, как дрожь от холода, стучание зубами, вздрагивание. Движения этого уровня наиболее часто являются не самостоятельными, а фоновыми. Руброспинальный уровень регуляции движений начинает функционировать уже с первых недель жизни ребенка. При патологии в деятельности руброспинального уровня регуляции движений наблюдаются различные дистонии, гило-или гипердинамические расстройства.

Талямопаллидарный уровень регуляции движений (уровень В) начинает функционировать у ребенка со второго полугодия жизни. Этот уровень обеспечивает согласование, внутреннюю увязку составных частей целостного большого движения, синергию движений и функционирование двигательных штампов. Ведущей афферентацией талямопаллидарно-го уровня является суставно-угловая проприорецепция собственного тела. Деятельность уровня В охватывает выразительные движения, мимику, пантомимику, пластику. Движения, управляемые этим уровнем, автоматичны, машинообразны и не могут точно измеряться. При патологии в деятельности уровня В возникают различные диссинергии и асинергии, гипер-и гиподинамические расстройства. Афферентная недостаточность этого уровня ведет к ослаблению выразительности движений, мимики, пластичности, обеднению интонации голоса.

Во втором полугодии жизни ребенка начинает функционировать и третий уровень регуляции движений - пирамидно-стриальный (уровень С). Сенсорная коррекция этого уровня обеспечивает согласование двигательного акта с внешним пространством при ведущей роли зрительной афферентации. Уровень С обеспечивает целевой характер движений. Такие движения своевременны, точны и могут быть измерены. Пирамид-но-стриальный уровень подразделяется на два подуровня - С1 (осуществляет оценку направления движений и дозирования силы по ходу движения) и С2 (обеспечивает максимальную целевую точность). При патологии в деятельности пирамидно-стриального уровня организации движений возникают параличи и парезы, нарушения координации (дис-таксии и атаксии).

Кортикальный (теменно-премоторный, предметный) уровень организации движений - уровень D - обусловливает возникновение первых

113

осмысленных действий. Проприоцепция играет на этом уровне подчиненную роль, а ведущая афференгация не связана с рецепторными образованиями, а опирается на смысловую строну действия с предметом. Пространственное поле, в котором организуются движения, приобретает новые топологические категории (верх, низ, между, под, над, прежде, потом). Виды движений и действий этого уровня крайне разнообразны: самообслуживание в широком смысле, все предметные, трудовые и производственные действия, спортивные игры. Движения кортикального уровня связаны с четким осознанием правой и левой сторон тела. При патологии в деятельности кортикального уровня (поражении или недоразвитии) нарушается смысловая организация и реализация движений (диспраксия и апраксия). Страдают высшие корковые автоматизмы. Утрачивается возможность выработки новых навыков.

Понимание чужой и собственной речи, письменное и устное выражение своих мыслей связаны с деятельностью уровня Е. Действия этого уровня основываются на образном мышлении (музыкальное, хореографическое исполнение).

Следовательно, любой двигательный акт есть сложное многоуровневое построение, возглавляемое ведущим уровнем (смысловой структурой) и рядом фоновых уровней (технические компоненты движений).

7. МИМИКА

Мимикой называют координированные движения мышц лица, отражающие разнообразные психические состояния. Мимика является важнейшей составной частью психомоторики, уже с прошлого века выступая как один из важных факторов познания личности, как своеобразная "методика выражения" (В. Вундт).

Анатомо-физиологические механизмы мимики заложены в коре больших полушарий головного мозга и в подкорковых образованиях, поэтому любые патологические процессы в этих структурах неизбежно приводят к тем или иным мимическим расстройствам. Наибольшее значение для реализации мимических движений имеют лобная, пирамидная и экстра-пирамидная системы головного мозга. Непосредственным исполнителем мимических движений является лицевая мускулатура. Определенное (второстепенное) значение в формировании мимической деятельности имеют и другие мягкие ткани лица - кожа, подкожная клетчатка, соединительно-тканные структуры и др.

Отчетливость мимических движений определяется пирамидной системой, соразмерность - обусловлена комплексными сочетаниями моз-жечковой системы с вестибулярными и сенсорными механизмами. Статическая (во время покоя) и динамическая (в процессе деятельности) координация мимики в большой степени зависит от состояния экстра-пирамидной системы. Двигательная активность мимических образова-114

ний определяется сочетанием качественного состояния лобной и экстрапи-рамидной систем.

Большое значение для правильной оценки состояния мимики и диагностики возможных ее нарушений имеет учет возраста пациента, так как возрастные физиологические особенности в значительной степени могут модифицировать проявление мимических нарушений.

У новорожденного отсутствует дифференцированная моторика, в его двигательных функциях господствуют автоматизмы. В силу этого мимическая деятельность новорожденного стоит на низкой ступени развития, мимические выражения у него сглаженные, однотонные. Однако достаточно быстро происходит обогащение мимики, и уже двухмесячный ребенок дает более или менее выраженные мимические реакции. В возрасте пяти месяцев появляются характерные мимические признаки неудовольствия - опускание углов рта. К возрасту 1-2 лет имеются в основном сформированные выразительные движения лица. В дальнейшем происходит их координация и дифференциация. В период инволюции отмечается увядание моторных функций и мимической деятельности. Выделяют следующие нарушения мимической деятельности: гипермимия - усиление и оживление мимики, активная мимическая игра. Наиболеее часто наблюдается при маниакальных состояниях, но может встречаться также при шизофрении, прогрессивном параличе вне какой-либо связи с усилением аффекта;

гипомимия - снижение мимической активности. Мимика обеднена, монотонна. Гипомимия может быть связана как с поражением центральных регуляторных механизмов психики, так и с нарушением иннервации лицевых мышц. Наиболее часто гипомимия встречается при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, прогрессивном параличе, в рамках различных депрессивных состояний;

мимический инфантилизм - недоразвитие мимики. Основным проявлением его служит несоразмерность мимических движений, их обеднен-ность (вплоть до полной аммимм - отсутствия мимической активности). Мимический инфантилизм обычно наблюдается при состояниях психического недоразвития;

маскообразность лица - своеобразное "застывание" того или иного мимического выражения на более или менее длительный срок (что принципиально отличает это состояние от амимии, при которой отсутствует какое-либо вообще мимическое выражение). Маскообразность лица представляет собой один из признаков длительной хронической болезни. Е. Блеулер придавал ей даже прогностическое значение;

гемомимия - потеря одной стороной лица способности к мимической деятельности при аффективных переживаниях, способность же к другим произвольным движениям в этой части лица остается;

парамимии - состояния, при которых мимическая деятельность становится неадекватной психическим переживаниям;

115

эхомимия - нарушение нормального протекания мимической деятельности с наличием в ней подражательных моментов. Чаще всего эхомимия встречается в клинике шизофрении и умственной отсталости.

Между указанными формами мимических расстройств существует целый ряд переходных состояний, пограничных вариантов.

8. НАРУШЕНИЯ ПСИХОМОТОРИКИ

Гипокинезия - понижение моторной активности. Гипокинезия наблюдается при неврологических (например, органические парезы, гипокине-зия вследствие болей при движениях) и при психических (экстатическое состояние, оглушение) заболеваниях.

Акинезия - полное отсутствие движений - также нередкий симптом в клинике нервных болезней (органические параличи, контрактуры) и в психиатрической клинике (различные виды ступора, истерический мутизм, спастическая кривошея).

Паракинезии - ненужные, бессмысленные, часто стереотипные движения, внешне весьма сходные с сознательными произвольными двигательными актами (например, перебирание пальцами, сжимание их в кулак, поглаживание, поколачивание).

Гиперкинезия - большая группа расстройств самого различного происхождения. Сюда относятся и непроизвольные лишние движения (тремор, фибриллярные подергивания, судорожные припадки) и патологические автоматизированные движения (например, тики), а также приступы истерических судорог, двигательная активность при маниакальном, кататоничес-ком и других видах возбуждения.

Таким образом, значительная часть расстройств в моторной сфере имеет прямую связь с волевыми расстройствами. Синдромов, в которых сочетаются патологические нарушения воли и движений, описано много. Разумеется, что при различных двигательно-волевых синдромах почти всегда имеются нарушения и в других сферах психической деятельности. Различают синдромы возбуждения и синдромы торможения. К синдромам возбуждения относится кататоническое возбуждение, имеющее множество различных симптомов и несколько разновидностей. Характерной чертой кататонических расстройств вообще, а кататоничес-кого возбуждения в частности, является преобладание парабулических включений. Тут и ритмичное покачивание туловища, и беспрерывное зажмуривание, и открывание глаз (двигательные стереотипии), и нелепые гримасы, когда выражение глаз не согласуется с выражением рта, остальной части лица (парамимия), и стремление повторять слова, копировать мимику и движения окружающих (эхолалия, эхомимия, эхопраксия), и несоответствие речи и движений, настроения и высказываний, выражения лица и настроения и т.п. Для кататонического возбуждения характерны внезапные приступы стремительного и ничем не объяснимого

116

неистовства (импульсивное возбуждение - иногда молчаливое) или немотивированные поступки в сочетании с неадекватными колебаниями настроения - от восторженно-экзальтированного до тревожно-растерянного с непоследовательной речью, разорванным мышлением (растерянно-патетическое возбуждение).

К проявлению парабулии можно отнести также и своеобразное возбуждение, напоминающее поведение расшалившегося подростка (гебе-френическое возбуждение): нелепая дурашливость и передразнивание, неестественные, вычурные позы, бессодержательная шутливость и постоянная подвижность, живая мимика с несимметричными гримасами. При этом больные крайне неряшливы и неопрятны, рвут белье, мажутся остатками пищи и пр.

Больная П., 30 лет, инженер. Поступила в клинику для лечения по поводу обострения шизофрении. Поведение в отделении: дурашлива, кувыркается в постели, прыгает по койкам, рвет на себе белье и сбрасывает его стела, гиперсексуальна. Внезапно подбегает к сидящей на постели больной, садится на корточки, приставляет к носу растопыренные пальцы, гримасничает и начинает дразнить.

Таким образом, отличительной чертой кататонического возбуждения является стремление больных к движениям - хаотичным и бессмысленным, не преследующим какой-либо определенной цели и не имеющим внешней психологической проекции.

Другая разновидность возбуждения - психомоторное. При нем имеется стремление к действиям, сознательно намеченным и преследующим определенную цель; действиям и поступкам, не всегда своевременным и логичным, зато всегда вполне объяснимым. При психомоторном возбуждении имеет место примерно одинаковая активация во всех сферах психической деятельности. Психомоторное возбуждение наблюдается
при различных нозологических формах, особенности которых и накладывают соответствующий отпечаток в каждом конкретном случае.

Примером психомоторного возбуждения может служить маниакальный синдром.

Другой вид психомоторного возбуждения - эпилептиформное возбуждение, при котором резкое двигательное беспокойство со стремлением к общественно опасным и разрушительным действиям носит характер "защиты-нападения" и прогс^ает на фоне помраченного сознания. Как форма моторного беспокойства, так и сменяющиеся аффекты гнева, страха, растерянность неразрывно связаны с соответствующими бредовыми и галлюцинаторными переживаниями больного (сложные устрашающие галлюцинации, бред преследования, физического уничтожения). Длительность эпилептиформного возбуждения - несколько часов, дней.

Истериформное возбуждение является всегда психогенно обусловленным. Картина возбуждения складывается из страстных поз, неожиданных

и невероятных изгибаний тела, хаотического разбрасывания конечностей, резких поворотов головы и корпуса тела. С лица не исчезает гримаса страдания, "невыносимой муки". Больные стучат кулаками по твердым предметам, разбивают посуду, рвут на себе одежду, выкрикивают отдельные слова и слоги. Истериформное возбуждение отражает психотравми-рующую ситуацию и при соответствующем умелом медико-психологическом вмешательстве может быть мгновенно прекращено. Исключение составляют случаи с помрачением сознания, при которых в картине возбуждения ситуационные моменты выступают особенно рельефно.

Психопатическое возбуждение также обусловлено какой-либо, обычно весьма незначительной, внешней причиной и имеет определеную направленность. Больные внезапно становятся напряженными и злобными, бьют и ломают без разбору все попадающие в поле зрения предметы. Выкрикивают бранные слова, угрожают расправой, набрасываются с кулаками на тех, кто вывел их из состояния равновесия и наносят им тяжелые побои, жертвой которых может стать даже "подвернувшийся под руку" ребенок. Остановить возбужденную психопатическую личность удается только с применением физической силы. Сознание при психопатическом возбуждении не помрачается, последующей амнезии не бывает.

Состояния психического и моторного торможения могут выражаться в различных формах ступора (субступора). Как и возбуждение, ступор - следствие многих причин, результат одновременного комбинированного поражения нескольких сфер психической деятельности, прежде всего волевой и двигательной.

Депрессивный ступор представляет из себя выраженную форму депрессивного синдрома. Возникает депрессивный ступор как правило постепенно. Больной

целыми днями сидит или лежит в неподвижной позе. На глазах слезы, лицо печальное (при очень сильной тоске слез не бывает). Контакт с больным невозможен. Принимать пищу больной отказывается. Какие-либо проявления парабулии при депрессивном ступоре отсутствуют (за исключением стремления к самоубийству), сознание не нарушается. Физиологические отправления совершаются не в постели.

Кататонический ступор возникает вне явной связи с определенными причинами. Характерна полная обездвиженность: в положении лежа или сидя ("поза эмбриона"), реже - стоя, обычно в неудобной позе (например, с наклоненной головой и поднятой вверх рукой, с натянутым на голову халатом, рубашкой - симптом "капюшона" Останкова). Совершенно отсутствуют реакции на окружающее, равно как и на происходящее с самим больным (неопрятность экскрементами, пролежни и др.). Речь - спонтанная и ответная - отсутствует, контакт с больным невозможен ни в какой форме. От еды больные отказываются. В ряде случаев наблюдается пассивный негативизм (больной не выполняет инструкции) или активный (при соответствующих просьбах больной поступает наоборот, например, при просьбе сделать шаг вперед - шагает назад). Иногда повышается мышечный тонус, что обнаруживается как при попытке произвести пассивное движение (например, согнуть руку, посадить больного), так и спонтанно: "воздушная", "психическая" подушка, симптом хоботка.

Другая форма изменения тонуса мышц - восковая гибкость (каталепсия). При flexibilitas cerea приданная больному, отдельной части его тела поза, даже неудобная, сохраняется в течение неопределенно длительного времени. Нелепость и психологическая непонятность симптомов при кататоническом ступоре особенно ясно проступает в картине субступора, когда к обычной симптоматике добавляются элементы кататонического возбуждения (эхосимптомы, парамимия, периодические стереотипии, вычурность движений: например, больной берет еду, стоящую справа, левой рукой, протягивая ее за спиной). Сознание при кататоническом ступоре может быть не нарушенным, либо помраченным по типу оней-роидного. Длительность кататонического ступора - несколько недель, месяцев, лет.

Галлюцинаторный ступор - заторможенность, доходящая до оцепенения (стоя, лежа), связанная с наплывом галлюцинаторно-иллюзорных, парейдолических образов. Поза больного соответствует виду и характеру нарушений восприятия либо отражает переживания (страх, удивление, умиление, скорбь и др.). Галлюцинаторный ступор - состояние кратковременное, склонное к повторению, и помрачением сознания обычно не сопровождается.

Эпилептический ступор - редкий симптом при эпилепсии (эпилепти-формных состояниях). Развивается внезапно на фоне помраченного сознания. Поза - чаще экстатическая, взгляд больного неподвижен, мимика бедная (иногда выражение лица соответствует переживаниям). Реакции на внешние раздражители отсутствуют. Длительность ступора - несколько часов, дней. Если ступорозный синдром возникает у глубоко дементного больного, то он по клинической картине напоминает апатический ступор (выраженная степень апатико-абулического синдрома) и длится несколько лет (до конца жизни).

Психогенный ступор (эмоциональный, аффективный) развивается у здоровых до сего времени людей в момент неожиданного действия чрезвычайно сильного раздражителя. Сразу возникает полная неподвижность: больной застывает в позе, в которой его застала катастрофа. Речь отсутствует, налицо бурные явления расстройства вегетативной нервной системы. Сознание при психогенном ступоре бывает помрачено. Длительность - несколько часов, дней (реже); исчезновение психического расстройства внезапное.

От психогенного ступора следует отличать своеобразный синдром, описанный (самонаблюдение) Бельцем во время землетрясения в Японии - эмоциональный паралич Бельца. Протекает он без помрачения

сознания и захватывает исключительно сферу чувств: больной совершает все необходимые действия, понимает речь и жесты окружающих, однако сам не проявляет абсолютно никаких чувств. Выход из эмоционального паралича более или менее постепенный, амнезии не бывает.

Истерический ступор (псевдокататонический) возникает у больных истерическим неврозом, при истерической психопатии (психопатизации), но МОЖЕТ явиться первым проявлением будущего невроза. Истерический ступор развивается в момент действия психотравмирующего фактора, часто не соответствующего по силе подобному эффекту. Больной медленно падает, не ушибается, после чего развивается полная неподвижность (иногда с чертами пуэрилизма, псевдодементности, застыванием в вычурных позах - обычно в присутствии посторонних лиц). Лицо больного неподвижно, с выражением печали, "напряженной" тоски, на глазах навертываются слезы. Сопровождающий ступор мутизм не всегда полный: в некоторых случаях удается получить лаконичные ("необходимые") ответы.

Сознание при истерическом ступоре помраченным не бывает (за редкими исключениями), парабулических явлений не наблюдается. Нехарактерны для истерического ступора энурез и энкопрез. Однако при соответствующих установках больного, особено если он ранее наблюдал эпилептический припадок с упомянутыми осложнениями, энурез и эн-копрез могут иметь место.

Истерический ступор - проявление пассивно-оборонительной реакции слабой нервной системы в трудных для нее условиях, требующих напряжения, в обстановке, угрожающей благополучию больного. По ликвидации подобной обстановки ступор прекращается, не оставляя после себя никаких последствий.

Ступор метэнцефалитический (В.А. Гиляровский) к ступору в собственном смысле слова отношения не имеет, так как в основе его лежит органическое поражение коры и подкорки, в частности - стриопалли-дарной системы (например, в хронической стадии эпидемического энцефалита). Полная или почти полная обездвиженность сочетается при метэнцефалитическом ступоре с маскообразностью и сальностью лица и другими свойственными паркинсонизму чертами. Сознание ясное. С больным возможен контакт (речевой, письменный, жестами). В редких случаях при метэнцефалитическом ступоре наблюдаются кратковременные периоды парадоксальной подвижности (kinesia paradoxa): спонтанно или под влиянием внешних раздражителей, преимущественно эмоцио-генного характера '(музыка, литературные произведения, кино). Удовлетворительного объяснения kinesia paradoxa до сих пор не имеет.

Нарушения психомоторной активности имеют большое значение при самых различных психических расстройствах.

А.Л. Абашев-Константиновский считает, что психомоторные расстройства специфичны для шизофрении, являясь фактором клинической аргументации при этом заболевании и выступая как показатель клини-120

ко-психопатологических закономерностей болезненного процесса. Современные клинико-экспериментальные исследования обнаруживают у больных шизофренией нарушения гармоничности движений, продуктивной затраты сил и времени, чрезмерное напряжение антагонистов, движения толчками, рывками, вычурность и манерность движений, внезапное торможение и утрату естественности, диссоциацию в протекании двигательных актов, обусловленную отсуствием внутреннего единства выразительных движений.

Большое своеобразие имеют расстройства психомоторики у умственно отсталых детей. Картина двигательных нарушений больных олигофренией сложна, мозаична и очень своеобразна. В зависимости от поражения (недоразвития) отдельных мозговых структур выделяют моторную дебильность Г. Дюпре, характеризующуюся недоразвитием пирамидных систем мозга и проявляющуюся в изменении мышечного тонуса во время движений (пара-тонии), усилении сухожильных рефлексов, синкинезиях, неловкости волевых движений; двигательный инфантилизм А. Гомбургера, в основе которого лежит задержка угасания некоторых рефлексов,

свойственных периоду раннего детства, позднее развитие сидения, ходьбы, бега, наличие сопутствующих атетоидных движений в руках и ногах; экстрапирамидную недостаточность К. Якоба с резким ослаблением, обедненностью мимики и жестов, защитных и автоматических движений, их ритмичности; фронтальную недостаточность М. Гуревича с малой способностью выработки двигательных формул, обилием движений при их непродуктивности и бесцельности, плохим активным вниманием, недоразвитием речи при относительно хорошем ее понимании; мозжечковую недостаточность А. Вал-лона с асинергиями, расстройствами статики, гипотонией мышц, неточностью движений (дисметрией). Выделение отдельных разновидностей нарушений психомоторики при умственной недостаточности имеет большое практическое значение в плане выбора оптимального лечебно-коррекционного подхода к пациентам.

Расстройства психомоторики имеют определенное диагностическое значение и при диагностике многих других нервно-психических расстройств в психиатрии и неврологии.

9. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЛИ И ПСИХОМОТОРИКИ

Исследование воли и психомоторики включает прежде всего собирание анамнеза со слов больного, а также родственников и близких, что иногда дает много больше. Особенно пристально надо изучать анамнез в случае указания на сочетание гипобулии с пониженным настроением, что может сопровождаться мыслями о самоубийстве.

Очень важное значение имеют осмотр и наблюдение за поведением пациента. Выражение лица, поза, характер двигательного беспокойства,

особенности отдельных движений (частота, ритмичность, амплитуда и др.) описываются очень подробно. При эхо-симптомах отмечается, какие слова, жесты, выражения лица повторяются, копируются больным, о чем впоследствии указывается в сведениях о пациенте.

Выясняют, как больной проводит свое свободное время - помогает ли домашним в работе, читает ли газеты, журналы, как ест (в том числе - сколько съедает) и проч.

При оценке поведения пациента особое внимание обращается на дифференциацию: стремление к движениям (ничем не обоснованным, нелепым), стремление к деятельности (имеющей определенный смысл). Не должно ускользать от внимания и то, что некоторые психомоторные расстройства иногда усиливаются или ослабевают в момент обследования пациента.

Если пациент неподвижен, то после оценки его внешнего вида, вегетативных расстройств, реакции на обращенные к нему слова нужно предложить больному выполнить какое-либо движение. В большинстве случаев больной указанию не следует, даже при повторных просьбах. Тогда при объяснении, что "необходимо проверить движения в суставах" производят несколько пассивных двигательных актов (сгибают больному руку, ногу и др.). При этом обращается внимание на тонус мышц - гипертония, гипотония. Если имеются явления восковой гибкости, то иногда удается придать конечностям, голове больного различные положения, сохраняя каждое из них на несколько (15-20) секунд. Во время совершения пассивных движений возможна реакция больного (общая, вегетативная). В некоторых случаях наличие мышечного напряжения, негативизм, особенно активный, могут указывать на то, что у больного, находящегося в ступоре, нет помрачения сознания. Если состояние ближе к субступорозному или наблюдается восковая гибкость, или имеются основания предположить наличие галлюцинаций (особенно зрительных), то следует предполагать, что сознание расстроено по типу онейроидного.

В случае активного негативизма целесообразно воспользоваться приемом Саарма: не получив ответа от больного, обращаются с тем же вопросом к другому

больному (или к другому человеку). Заметив, что его "игнорируют", больной внезапно начинает отвечать.

Двигательная заторможенность при некоторых видах ступора снижается к вечеру, ночью. Когда в комнате тихо, освещение слабое (ночное), такие больные встают, молча медленно ходят по комнате, могут самостоятельно принимать специально оставленную для них около постели пищу. В других случаях пища берется больным на кровать и больной начинает есть, накрывшись с головой одеялом. Если больной мутичен, то можно попробовать вступить в контакт с ним, пользуясь следующим приемом: в спокойной обстановке тихим разборчивым шепотом пациенту задается какой-либо простой вопрос. Если больной отвечает, задается еще ряд вопросов.

122

Использовать фазовые гипноидные состояния удается, разумеется, не всегда. Более верный способ растормożения больного, находящегося в состоянии ступора, - введение медикаментов.

Врачом (или в его присутствии медсестрой) внутривенно медленно вводится раствор барбамила (5% - 0,5-2,0 мл) или гексенала (10% - 0,5-1,0 мл), или этилового спирта на глюкозе (33% - 3,0-5,0 мл). Отмечается следующая за началом введения вегетативная реакция. Вопросы начинают задавать уже во время введения первых порций лекарства и продолжают в течение следующих 5-10 минут (о событиях, предшествовавших заболеванию, о самочувствии в настоящее время, о нарушениях восприятия, мышления и др). Затем срок растормаживающего действия медикамента истекает и больной перестает отвечать на вопросы. Поэтому их следует заранее заготовить - сформулировать, установить последовательность и т.п.

Иногда применением возбуждающих средств удается вообще вывести пациента из состояния ступора (например, психогенного). В этих случаях кроме перечисленных выше вопросов, следует задать вопросы об отношении больного к своему состоянию, о восприятии окружающего во время ступора, о переживаниях в это время и, если возможно, собрать краткий анамнез болезни, жизни.

Всегда необходимо помнить о возможности нарушений в других психических сферах, о суицидальных ("плохих") мыслях и намерениях. Все полученные данные способствуют более правильному определению состояния больного. Сравнительно редкие случаи так называемых импульсивных влечений и действий подвергаются особенно тщательному изучению по схеме: "побуждение - желание - осознание мотивов" и т.д. Обычно при импульсивных явлениях этапами двигательно-волевой активности являются "побуждение - выполнение".

Для исследования психомоторики используется целый ряд специальных экспериментальных приемов: общепризнанной клинической методики исследования психомоторики до сих пор не существует. Отдельные методики изучения психомоторики позволяют получить представления о силе, быстроте, выносливости, ловкости, гибкости двигательных движений, а также о целостном состоянии психомоторики.

В течение многих лет широко распространена методика Н.И. Озе-рецковского, модифицированная применительно к современным условиям исследователями различных стран (Германии, США и др.). Она представляет собой набор отдельных тестов, позволяющих исследовать отдельные компоненты движений: статическую координацию, динамическую координацию, быстроту движений, синкинезии (излишние сопровождающие движения), одновременность движений и их силу.

Для изучения психомоторики используют также и набор предложенных А. Р. Лурия нейропсихологических методик, позволяющих диагностировать определенную топику поражения высших отделов двигательного анализатора.

Н.П. Вайзманом (1976) была предложена комплексная батарея методик для исследования психомоторики, состоящая из 12 отдельных заданий, разработанных ранее разными авторами. Она состоит из следующих тестов:

1. Тест на статическую координацию движений. Исследует функции статического равновесия и выявляет преимущественно участие руброс-пинального уровня по Н.А. Бернштейну.

2. Тест на динамическую координацию. Определяет согласованность деятельности большого количества мышечных групп с удержанием равновесия. Выявляет преимущественно активность уровня синергий и нижнего подуровня пространственного поля по Н.А. Бернштейну.

3. Тест на скорость движения тела. Отражает динамическую координацию всего тела и позволяет судить о быстроте и ловкости движений. Выявляет преимущественно активность уровней В и С1 по Н.А. Берн-штейну.

4. Тест на ручную ловкость. Определяет быстроту манипуляции мелкими предметами, ручную умелость. Выявляет деятельность предметного и пространственного уровня организации движений по Н.А, Бернштейну.

5. Тест на ритмичность движений. Отражает сохранность корковой деятельности.

6. Тест на одновременность движений. Характеризует корковый уровень построения движений, выявляет синкинезии.

7. Тест на двигательную память. Отражает функционирование фронтальных отделов коры больших полушарий головного мозга уровня D.

8. Тест на координацию движений и двигательную память. Выявляет функционирование уровня D по Н.А. Бернштейну.

9. Мимический тест. Отражает корковую организацию движений.

10. Тест на мышечную силу. Выявляет деятельность пространственного поля С2.

II. Тест на статическую выносливость. Выявляет деятельность руб-роспинального уровня А.

12. Тест на динамическую координацию движений. Отражает ловкость, двигательную маневренность. Выявляет деятельность уровня синергий В.

По мнению авторов, указанная батарея методик позволяет успешно выявлять качественные нарушения психомоторики. Глава 5 ЭМОЦИИ И ЧУВСТВА

1. ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Эмоции и чувства привлекали к себе внимание еще древних и подробно описывались. В трудах Аристотеля говорится, что там, где налицо ощущения, появляются и чувства - удовольствие, страдание, ярость, бесстрашие и т.п. В учении Аристотеля об "очищающем характере чувств и переживаний" человека (катарсисе) тонко подмечен факт возникновения сложных чувств во время восприятия произведений искусства. Одна из первых классификаций эмоций была дана философами, принадлежащими к школе стоиков.

В последующие века об эмоциях писалось довольно много. Однако науке эти работы почти ничего не давали, ибо моралисты, политики и философы в соответствии с духом эпохи проповедывали страх божий, смирение и покорность, осуждая чувства собственного достоинства, эстетического наслаждения и т.п., но были и исключения, например работы Авиценны, который, изучая взаимозависимость духовной и физической жизни, прибегал даже к специальным экспериментам.

Известен такой его опыт. Он брал двух барашков одного помета и одинаково физически развитых, помещал их в совершенно одинаковые условия (питание, вода, температура, уход и пр.). Около одного из них он привязывал волка. В результате оказывалось, что тот барашек, который постоянно видел волка, постепенно переставал принимать пищу, день ото дня слабел и вскоре погибал. Контрольное животное росло и развивалось без отклонений.

Первой монографией, посвященной эмоциям, считается трактат Р. Де-карта (1649) "Страсти души", в котором автор пытался обосновать возникновение чувств с физиологической точки зрения, имея в виду эпифиз "седалищем души". Некоторую систематику в раздел эмоций внес Б. Спиноза ("Этика", "Эстетика").Человеческие чувства составляли предмет пристального изучения философов (Дж. Локк, К.А. Гельвеций, Д. Дидро, А. Смит, Ж.Ж. Руссо и др.).

В конце XVIII века Тетенс разделил психологическую жизнь человека на ум, чувства и волю. С выделением психологии в специальную науку возросло количество работ посвященных эмоциям, а главное - изменилось их качество. Теперь исследования проводились в направлении не только классификации эмоций, но и выяснения механизма их происхождения. Очень подробно были изучены те сдвиги в организме, которые появляются при тех или иных чувствах. Толчок в этом направлении был дан капитальным исследованием Ч. Дарвина "Выражение эмоций у человека и животных" (1872). С этого времени в исследовании эмоций появился эксперимент. Изучение их в чисто описательном плане и в отрыве от мозга изжило себя.

Работы по изучению частных вопросов эмоций в период конца XIX-начала XX века дали относительно много. Однако в классификациях преобладала абстрактность, многие теории, не имея в основе естественнонаучной базы, заходили в тупик. Некоторые из этих теорий до сих пор еще имеют хождение среди определенной части зарубежных ученых. Например, У. Мак-Дугалл в 20-х годах связывал возникновение чувства гнева с врожденным инстинктом драчливости, обладания чем-либо - с инстинктом накопления и т.п. Подобное биологизирование чувств вряд ли оправданно и приемлемо с точки зрения современного состояния науки.

2. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЭМОЦИЙ

Общеизвестно, что без человеческих эмоций не может совершаться процесс познания окружающего мира. Вместе с тем эмоциональные процессы и состояния не должны противопоставляться всей остальной психической деятельности. Источником чувства всегда прямо или косвенно является объективная реальность, хотя субъективно чувства направлены на тот или иной объект внешнего или внутреннего мира.

Эмоции и чувства определяют то или иное отношение личности к внешним или внутренним раздражителям, к представлениям и понятиям физического или социального порядка. Преломляясь в нашем жизненном опыте, эти раздражители вызывают соответствующую субъективную реакцию в форме более простых эмоций и высших чувств, характер которых зависит прежде всего от того, насколько удовлетворены (или, наоборот, не удовлетворены) наши высшие или низшие потребности.

Отражательная, познавательная функция организма развивается и совершенствуется в процессе эволюции как средство наиболее тонкого и правильного приспособления к окружающей среде. Наши ощущения не только дают объективную истину, но и являются средством биологического приспособления к определенным обстоятельствам, конкретным ситуациям. Качества возникающих впечатлений, представляющих собой сложную гамму чувств, связаны со степенью удовлетворения потребностей организма, запросов человека. Другими словами, наши эмоции и чувства являются тонким индикатором, указывающим степень полезности раздражителя для жизнедеятельности (эмоции) или для взаимоотно-128

шения личности и общества (чувства). При этом различные формы отношений человека к воспринимаемому располагаются между полюсами приятного и неприятного.

Таким образом, эмоции и чувства - это субъективное отражение объективных отношений, в которых находятся предметы и явления окружающей действительности, к потребностям, мотивам и целям деятельности человека. При этом указанные отношения человек субъективно переживает как свои отношения к предметам и явлениям, вызвавшим определенные эмоции и чувства.

Эмоции есть и у животных, но чувства - только у человека. В чувствах проявляются особенности личности в целом, ее высшие потребности.

Потребность - это необходимость в чем-то, неудовлетворение которой вызывает отрицательные эмоции. Различают материальные, или естественные потребности (в пище, жилье, сне и т.д.) и потребности духовные, или общественные, которые соответствуют интеллектуальным, моральным, эстетическим и праксическим запросам личности. Но даже естественные потребности приобретают у человека социальный характер, так как формируются в процессе общественно-исторического развития личности. Наиболее важной ддя личности является потребность в труде, что должно учитываться при построении системы психотерапии.

Чувства - это одно из проявлений общественного сознания; родились они в процессе исторического развития общества и становления в нем личности. Они определяются не изолированным объектом, а самим бытием человека, независимо от того, сознает он это или нет. Разумеется, каждый индивидуум при встрече с каким-либо раздражителем говорит себе либо "плохо", либо "хорошо", или же уточняет градации между этими двумя оценками. Объясняется это индивидуальными особенностями личности в целом. Основную роль в окончательной "обработке" рождающегося чувства играет наше внутреннее убеждение, которое часто подсказывает, что даже боль, например, - это "хорошо" и, наоборот, чувство насыщения, комфорта - это "плохо". Следовательно, выступает ведущая роль социальных мотивов, моральных и этических установок, господствующих в данном обществе, которые, преломляясь в сознании человека, оказывают решающее действие.

Основные функции чувств: регулирующая (направляет наше поведение, способствует преодолению преград, снимает избыток эмоционального возбуждения и т.п.) и сигнальная (выделяет значимые раздражители, которые производят впечатление). Эта сигнальная функция называется импрессшной стороной чувств (от лат. impiessio - впечатление) в отличие от экспрессивной стороны (от лат. expiessio - внедрение), которая проявляется в выразительных движениях. Однако не всегда имеет место соответствие между этими сторонами чувств. Язык эмоций краток и должен изучаться в клинике, например для выявления маскированной депрессии.

Эмоции и чувства характеризуются динамикой, фазностью - напряжение и разрешение (угасание). Эмоции и чувства могут рассматриваться как положительные, отрицательные и неопределенные. Последние рано или поздно трансформируются в первые два качества. Эмоции и чувства полярны (амбивалентны) - радость и грусть, обаяние и отвращение.

Изучение физиологической стороны эмоций началось еще с того времени, когда И. Кант предложил разделить эмоции на стенические и астенические. Исследуя эти две группы чувств, У. Джемс и Ф. Ланге создали теорию, в которой примат отдавался сосудистым, секреторным и двигательным актам. Раскрытию характера и механизмов этих сдвигов в организме оба ученых посвятили много времени, причем были выявлены различные изменения внутренней среды организма. Однако авторы рассматривали эмоции исключительно как следствие этих сдвигов. Джемс писал: "Неправильно говорить "я увидел медведя, испугался, побежал"". Надо: я увидел медведя, побежал, испугался; мы смеемся не потому, что нам смешно, но нам смешно потому, что мы смеемся. Теория Джемса-Ланге, направленная против идеалистического объяснения эмоций, в свое время, безусловно, сыграла определенную положительную роль.

С позиций психофизического параллелизма примерно такое же значение имела и теория В. Вунота, в которой психическому и физиологическому в чувствах

отводились независимые места. И если первая теория является примером биологизации психических явлений, то вторая - примером дуализма. Экспериментальные данные У. Кеннона (1871- 1945; русский перевод его книги - "Физиология эмоций", 1927) показали, что чувства гнева и страха неизменно сопровождаются повышенным поступлением адреналина в кровь. Развивающаяся далее симпатикотония играет положительную роль в подготовке животного к борьбе, к деятельности. В крови увеличивается количество сахара, повышается свертываемость крови, тонус и работоспособность мышц, учащается сердечная деятельность и дыхание, растет артериальное давление. Биологический смысл этих и других реакций - привести в готовность защитные системы организма животного. Кеннон не только создал свою "таламическую теорию эмоций", но и доказал, что Джемс и Ланге заблуждались. С этой целью он путем введения соответевующих лекарств создавал своебразную "модель" той или иной эмоции. Скопировав вегетативные, мышечные и иные сдвиги, сходные с теми, которые, по мнению Джемса и Ланге, лежат в основе эмоций, Кеннон не получил "соответствующих" эмоций.

Нечто подобное тому, что Кеннон нашел в организме животных, наблюдается и у человека. Так, в момент возникновения чувств, особенно при значительной их выраженности, человек бледнеет или краснеет, возникает бради-или тахикардия, гило-или гипертония мышц, изменяется деятельность потовых, сальных и иных желез. У испуганного чело-130

века расширены глазные щели и зрачки, повышено кровяное давление. Иногда возникает "гусиная кожа", или "мороз пробегает по коже", волосы "становятся дыбом" - все это является следствием пиломоторной реакции. В иных случаях стимулируется деятельность желудочно-кишечного тракта (реже тормозится), появляются тремор, похолодание конечностей и пр. Происходят и другие изменения внутренней среды, в подавляющем большинстве целесообразные. В редких случаях вегетативный аккомпанемент наших чувств может быть и бесполезным, а иногда и чрезвычайно вредным.

Во многих старых учебниках по физиологии приводится такой случай: группа студентов крупнейшего английского университета, доведенная до крайности зверским отношением к ним одного из сторожей, решила его проучить. Однажды они инсценировали обстановку судебного заседания, куда был доставлен связанный и перепуганный сторож. Собравшиеся были в черных одеяниях, на лице у каждого была маска. В торжественной обстановке был произведен допрос обвиняемого и свидетелей. Приговор гласил: смертная казнь путем обезглавливания. Сопротивлявшегося сторожа подвели к месту казни, завязали глаза, положили голову на плаху и ... резко ударили свернутым в жгут мокрым полотенцем по плахе рядом с головой "осужденного". Когда затем решили прекратить шутку, оказалось, что сторож умер.

В исследованиях Х. Селье, начатых еще в 1925 г., показано, что в момент действия любого по качеству и силе раздражителя (стрессора, по Х. Селье) в организме происходят глубокие изменения его биологического тонуса, т.е. возникает реакция стресса. Основными этапами стресса, по Х. Селье, являются: стадия тревоги (изменение артериального давления, температуры тела, повышение проницаемости капилляров, желудочно-кишечные расстройства и др.), стадия сопротивления (повышение артериального давления и температуры, на смену гипогликемии приходит гипергликемия, алкалозу - ацидоз, увеличивается масса коры надпочечников и др.) и стадия истощения. При неблагоприятном исходе в стадии истощения организм погибает. В соответствии с положениями Х. Селье, стрессор может действовать на организм и прямо, и косвенно, например в случае волнений и переживаний. Стадии стресса - это проявление общего адаптационного синдрома, имеющего в основе первоначальные сдвиги в адренало-пшофизарной системе. Таким образом, взаимоотношения организма и среды Х. Селье рассматривает сквозь призму гуморальной системы регуляции.

В учении о стрессе основная роль отводится автором гормонам адаптации, а также роли нервной системы. Однако несмотря на чрезвычайную ценность экспериментальных данных, полученных Х. Селье (о болезнях адаптации, анестезирующих свойствах стероидных гормонов и пр.), они не могут быть

изолированно полностью использованы при изучении механизма возникновения эмоций.

131

Последователи учения И.М. Сеченова-И.П. Павлова об отражательной роли мозга рассматривают эмоции как одно из проявлений реакции организма на раздражители. По их мнению, принцип рефлекторной деятельности полностью сохраняет свое значение и по отношению к эмоциональным реакциям.

Как неоднократно указывал И.П. Павлов, эмоции связаны с подкоркой - местом замыкания безусловных рефлексов. При этом он подчеркивал, что подкорковая деятельность - это основа лишь "элементарных эмоций", т.е. инстинктов и чувств, сопряженных с ними (голода, жажды, самосохранения, продолжения потомства и др.). В работах последних лет доказано, что, как считал еще В.М. Бехтерев, проявления эмоций можно получить и у декортицированного животного (X. Мегун, Дж. Моруцци).

По мере развития и усложнения работы головного мозга, возрастанию роли второй сигнальной системы механизм возникновения, а главное - регуляции наших чувств, подвергается существенным изменениям. Деятельность подкорки, вегетативной нервной системы в значительной степени подчинена коре больших полушарий. Работы многочисленных авторов с очевидностью показали, какие глубокие биологические сдвиги, в том числе гормональные, сосудодвигательные, внутриорганные, могут иметь место, если раздражения внешнего мира принимаются корой больших полушарий.

Тем не менее значение подкорковых механизмов остается весьма существенным, особенно в свете выводов, сделанных в работах о роли ретикулярной формации. А.А. Меграбян проводит такое красочное сравнение: "Могучий инертный поток подкоркового компонента аффектив-ности регулируется гностическими чувствами и направляется по руслу разумной необходимости, подобно тому как горная река, закованная в бетон гидростанции, дает целесообразно используемую энергию".

Анатомо-физиологический субстрат эмоций представлен подкорковыми (в большей степени) и корковыми (в меньшей степени) механизмами. В коре головного мозга человека имеют представительство так называемые высшие эмоции - чувства, которые принимают непосредственное участие в руководстве эмоциональными реакциями в течение всего периода их существования, в том числе и в момент возникновения. При этом нервные механизмы являются их основой, а гуморальные сдвиги внутренней среды (стресс-сивдром, по X. Селье) предстают в виде их промежуточных звеньев. Поэтому не следует строго локализовать эмоции и тем более чувства, как это делает Дж. Олдс, выделяя центры наслаждения, агрессии и т.д. Мы повторили некоторые опыты Олдса с вживленными электродами и получили соответствующий эффект, однако мы получали то же самое и при раздражении других областей мозга, в том числе и коры, потому что "центры" эмоций представляют сложные функционально-динамические системы (по П.К. Анохину).

132

3. КЛАССИФИКАЦИЯ ЭМОЦИЙ

Существует множество различных классификаций эмоций у человека. Они могут различаться по силе переживания, по влиянию их на жизнедеятельность и по содержанию. В основе другой классификации лежат два признака: длительность и степень выраженности того ияи иного чувства. В зависимости от этого различают настроение, страсть и аффект.

Настроением называется длительное эмоциональное состояние, не достигающее значительной интенсивности и не имеющее существенных колебаний в течение достаточно длительного периода. Период продолжительности настроения может быть различным - от 1/2-1 часа до нескольких дней и даже недель. При этом на всем протяжении данного настроения имеет имеет место довольно постоянный

основной эмоциональный тон - либо отрицательный, либо положительный. Как основной чувственный тон, так и легкость, с которой развивается то или иное настроение, его длительность зависит и от характера раздражителей, и от особенностей нервной системы человека. Наиболее продолжительными, а вместе с тем и стойкими бывают такие настроения, которые связаны у человека с причинами социально-исторического порядка.

Например, настроение напряженного ожидания, максимальной концентрации духовных и физических сил сопутствовало всему периоду Великой Отечествнной войны 1941-1945 гг. Заметные изменения настроения советских людей происходили лишь в дни замечательных побед нашей армии или же были связаны с достижениями в труде десятков миллионов людей, ковавших победу в тылу. Резкий перелом в настроении совершился в то время, когда началось победное наступление по всему фронту. Наконец, День победы был отмечен всеобщим ликованием народа. Люди, пережившие эту войну, указывают, что за победой последовали недели и целые месяцы, когда, проснувшись утром, они ощущали подъем сил, неизменную бодрость, прилив энергии и другие чувства - обязательные признаки всякого положительного, хорошего настроения.

Страсть - достаточно длительная и одинаково достаточно интенсивная эмоция, имеющая для человека определенную значимость. Сильная и продолжительная страсть может касаться удовлетворения и высших и низших потребностей человека. Страсть, как правило, определяется и наличием элементов воли в своей психологической структуре, и ясно выраженной целеустремленностью. Она способна и организовать, и стимулировать деятельность человека. Та или иная страсть иногда определяет направление всей нашей жизни (страсть к определенному виду искусства, к спорту, в частности к тем его видам, которые требуют мужества и стойкости, предельного напряжения сил и упорства, например воздушный пилотаж, подводное плавание, альпинизм, парашютный спорт и т.п.).

Аффект - предельно выраженная, но кратковременная эмоция. Аффект представляет собой то исключение, когда возникшее чувство на короткое мгновение как бы ускользает от руководящего влияния рассудка. Причины аффекта - какие-нибудь сильные раздражители, хотя и действующие кратковременно. Поэтому аффект, в противоположность настроению, всегда конкретно направлен. Повышенная аффективность иногда бывает связана с предварительной астенизацией организма. Наблюдаются аффекты ярости, ревности, гнева, радости, горя и др. Аффект обычно сопровождается бурной двигательной реакцией, однако находящейся под контролем рассудка. Такой аффект носит название физиологического.

Ему противопоставляется патологический аффект, когда в ответ на довольно слабый раздражитель внезапно развивается бурная эмоциональная реакция, в такой степени, что на несколько секунд или минут глубоко помрачается сознание. Поэтому поступки человека, находящегося в состоянии патологического аффекта, носят нелепый характер, психологически необъяснимы. Выраженная вегетативная симптоматика наблюдается на протяжении всего времени патологического аффекта.

Кроме приведенного разделения наши чувства можно рассматривать с той точки зрения, насколько эмоция связана с волей и влияет на жизнедеятельность. В подобном аспекте чувства делятся на стенические и астенические (от греч. sthenos - сила). Те чувства, которые способствуют внутреннему подъему, появлению активности и придают человеку бодрость, энергию, уверенность в действиях, называются стеническими. Если же возникшая эмоция, переживание ослабляет или парализует волю, снижает жизнедеятельность и предрасполагает к пассивно-оборонительным действиям, ее следует отнести к разряду астенических.

Следовательно, страсть - это всегда стеническое чувство. Настроения и аффекты могут быть и астеническими, и стеническими.

Астенические и стенические чувства способны переходить одно в другое в зависимости от особенностей конкретной ситуации и качеств личности.

Длительность их изменяется, так же как и интенсивность. В течение астенической или стенической эмоции возможны "срывы" в виде аффективных реакций, аффектов.

Наибольшее значение имеет разделение эмоций на высшие и низшие. Высшие (сложные) эмоции, или чувства, возникают в связи с удовлетворением общественных потребностей. Они появились в результате общественных отношений, трудовой деятельности. Различаются чувства интеллектуальные, моральные, эстетические и праксические. Последние связаны с процессом трудовой деятельности, с решением практических задач. Их разновидностью будут высшие эмоции, сопряженные с участием в спортивных играх и соревнованиях. Разумеется, деление высших человеческих чувств на чисто интеллектуальные и чисто праксические весьма условно.

Интеллектуальные чувства (от лат. intellectus - понимание, ум) возникают в процессе умственной деятельности: любознательность, радость открытия, сомнения в правильности решения задач и т.п.

Моральные чувства (от лат. moralis - нравственный) имеют социальную значимость, действенность, обусловлены мировоззрением и порождаются этическими нормами. К ним относятся: чувства симпатии и антипатии, любви и ненависти, долга и совести и т.п.

Эстетические чувства (от лат. aisthesis - чувственность) появляются при создании или восприятии прекрасного.

Праксические чувства (от лат. praxis - действие, деятельность) переживаются при любой трудовой деятельности - чувства успеха, удачи-неудачи и т.п.

Высшие эмоции, развиваясь на базе сознания, занимают по отношению к низшим господствующее положение, затормаживают инстинктивные порывы, подавляют низменные стремления. К высшим эмоциям относятся чувство патриотизма, морального, эстетического удовлетворения, личного достоинства, чувства долга, совести, осознание подавления одного из своих низших чувств и т.п.

Низшие (простые, элементарные) эмоции в отличие от высших вытекают из органических потребностей человека, основаны на инстинктах и являются их выражением. Среди низших эмоций выделяется группа витальных (от лат. vita - жизнь). Их относят к более глубоким и древним слоям эмоциональной сферы. Витальные эмоции связаны с жизненным тонусом и общим состоянием организма. К низшим эмоциям относится переживание удовольствия при ощущении сладкого, неудовольствия - горечи во рту; к витальным чувствам следует причислить голод и жажду (точнее, сопровождающие их эмоции), чувство самосохранения.

Другое разделение эмоций и чувств проводится на основании того, какое со стороны человека возникает отношение к объектам, явлениям внешнего иди внутреннего мира. Выделяются эмоции положительные, которые переживаются нами как удовольствие (родительское чувство, дружба), и отрицательные, появляющиеся в том случае, когда действительность не соответствует потребностям человека. Последние обычно приводят к пониженному настроению, иногда к раздражению и недовольству (чувство отвращения, антипатии, оскорбленного самолюбия, физической неполноценности и пр.).

В возникновении тех или иных чувств играют роль характер раздражителя и сама обстановка, в которой происходит контакт человека с эмоциогенным агентом. У детей в раннем возрасте эмоции возникают легко. Они нестойки и изменчивы, ребенок не в состоянии руководить ими.

Однако при соответствующих условиях разражители, как правило, вызывающие отрицательные эмоции, могут вызывать положительные чувства. Примером этому являются положительные эмоции на общение со змеями, воспитанные у шестилетней Аннет Эверс.

135

Весьма неустойчива эмоциональная жизнь подростков, что объясняется временной дисгармонией между корой и подкорковыми образованиями, свойственной периоду полового созревания. Обычно в этом периоде преобладает стеническая жажда деятельности, вера в себя и свои силы. Чувства острые, гамма их широка и разнообразна.

Но наибольшей сложностью отличаются эмоциональные переживания взрослого человека. В этом периоде жизни имеют огромное значение прошлый опыт, стойкая направленность личности, заинтересованность, соответствие раздражителей интеллекту, вкусам, профессии и т.п. Но нельзя не учитывать роль физиологических особенностей человека - типа нервной системы, в частности - баланса между корой и подкоркой. В связи с этим один и тот же эмоциогенный фактор у разных людей вызывает, как правило, реакции, разные как по внешнему проявлению, так и по их внутренним качествам.

Это можно видеть, например, если сравнить эмоции родственников тяжелобольного и его врача. Сложная гамма астенических отрицательных чувств, глубокое горе, иногда угрызения совести, самобичевание - все это и многое другое мы можем видеть в переживаниях родных и близких заболевшего. У врача, который научился владеть собой, в подобном случае должны преобладать стенические чувства; возникающие иногда отрицательные эмоции подавляются. В своих действиях, словах врач будет руководствоваться высшими чувствами, прежде всего стремлением помочь страдающему человеку, быть ему во всем полезным, желанием вселить бодрость, уверенность в благополучном исходе болезни, поддержать упавшие силы и настроение больного. При благополучном течении болезни у врача, естественно, появляется чувство выполненного долга, профессионального удовлетворения, гордости за медицинскую науку, у родственников - радостное настроение, рожденное картиной выздоровления родного, любимого человека, гибель которого переживалась бы как непоправимое несчастье.

В течение жизни взрослого человека имеют место изменения его эмоциональности. Год от года усложняются восприятие и осознавание происходящего, непрерывно пополняются запасы памяти, расширяются интеллектуальные возможности, интересы становятся вполне определенными, растут запросы, совершенствуются жизненные стереотипы и т.д. Все это ведет к тому, что степень сложности чувств растет. К раздражителям, которые ранее вызывали бурный аффект, человек теперь относится более спокойно - "срабатывают тормоза". С другой стороны, объекты чувств выбираются самим человеком более активно и вполне сознательно. В этом выборе, так же как и вообще в эмоциях взрослого человека, проявляются особенности его личности.

Эмоциональные особенности обусловлены типом высшей нервной деятельности - это эмоциональная возбужденность, импульсивность, аффективность, устойчивость, сила, темп, ритм, эмоциональный тонус.

136

Большая эмоциональная возбудимость сочетается с большой или слабой эмоциональной устойчивостью, в то время как слабая эмоциональная возбудимость сочетается с большой или слабой эмоциональной устойчивостью. Эмоциональные свойства личности могут проявляться в аффективности, впечатлительности, сентиментальности, страстности, холодности, добродушии, альтруизме, эгоизме и т.д.

Подобно нашим знаниям, восприятия, чувства забываются. И если знания можно освежить в памяти, восприятия подкрепить, то и чувства удается иногда "оживить" интеллектуальным усилием. В других случаях возникает обратная картина: несмотря на все доводы разума случайно возникшее чувство в дальнейшем становится весьма прочным. Иногда эмоции вообще появляются совершенно неожиданно для человека и на первый взгляд как будто бы и не связаны с раздражителем. О подобных переживаниях Н. Островский писал:

"Чайковский открывает в моей душе такие итимные чувства, вызывает такие нежные мысли, о существовании которых я раньше и не подозревал". В определенных жизненных ситуациях человеку, как правило, свойственны и иллюзорные эмоциональные реакции.

Здоровый человек способен регулировать свои движения, действия и поступки. Значительно труднее научиться руководить собственными эмоциями. В связи с этим следует считать не всегда правильным выражение "власть над своими чувствами". Ибо можно воздержаться от тех или иных слов, жестов, движений - возможных последствий эмоций, проконтролировать предполагаемые действия, но сами чувства при этом не всегда исчезают.

Чувства украшают личность человека, делают ее привлекательнее и ярче. Наоборот, в наше время неестествен вид сухого формалиста и педанта, не проявляющего эмоциональных реакций в соответствующей обстановке. Эмоции обогащают нас, способствуют творческому подъему, интенсифицируют интеллектуально-мнестические процессы, способствуют стойкости внимания и т.п. Несомненно, что положительные чувства оказывают благоприятное влияние и на наш организм. Особенно это важно иметь в виду врачу, психологу, педагогу, долг которых - помогать человеку.

Хорошо известно благотворное действие некоторых эмоций на течение болезни, так же как и отрицательное, которое способно привести к осложнениям или переходу болезни в хроническую форму. В этом отношении представляют интерес многочисленные работы, специально посвященные изучению эмоциональной сферы у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, туберкулезом, различными вялотекущими инфекциями и др. Воспитание чувств больного - неотъемлемая часть работы врача и психодога, ибо она предполагает наиболее эффективное психотерапевтическое воздействие на его личность.

137

4. НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИЙ И ЧУВСТВ

Психоягу, так же, как и врачу, необходимо знание патологии эмоций. Переходные состояния, своеобразная "нормальная патология" имеют место в старческом возрасте, когда отсутствует эмоциональная отзывчивость, нарастают сухость, замкнутость и некоторые иные проявления, свойственные этому возрасту. С этим необходимо считаться, так же как и с богато выраженными стеническими чувствами, характерными для детского и юношеского возраста. Все это в достаточной степени естественно и не должно служить предметом удивления или (что еще хуже) возмущения со стороны специалиста.

Выражаются переживания у здоровых людей весьма разнообразно. Прежде всего, это мимика и пантомима человека, речь - ее интонации, смысл говоримого. Далее - это поступки, которые объясняются определенным чувством, но могут быть выполнены и без внешних его проявлений. В этом случае человека может выдать тот вегетативный компонент, который сопутствует данной эмоции. Если нет искусственности, наигранности, то в эмоциях, как в зеркале, сказываются особености личности человека.

Эмоциональная гиперстезия связана с высоким порогом чувственного (в смысле эмоций, а не анализаторов) возбуждения. Обычные раздражители не достигают этого порога. Для того чтобы появилась соответствующая норме ответная эмоциональная реакция, сила раздражителей должна быть значительной.

При гиперстезии чувств, наоборот, порог возбуждения низкий и легко доступен незначительным по силе эмоциогенным факторам. Обычные же раздражители способствуют возникновению неадекватно сильных чувств. Чрезмерно выраженная эмоциональная гиперестезия при относительной кратковременности возникшей эмоции носит название слабодушия. Другая форма проявления эмоциональной гиперестезии - лабильность чувств. Она характеризуется чрезвычайной легкостью, с которой происходит переход от одного эмоционального состояния к другому, обычно противоположному. Так, только что плакавшая по поводу

оторвавшейся пуговицы больная, вспомнив какой-нибудь умеренно веселый эпизод из своей жизни, вдруг начинает громко смеяться, вытирая еще не высохшие слезы (недержание аффекта).

Редкой формой расстройств эмоциональности является амбивалентность - одновременное возникновение и сосуществование двух взаимно противоположных чувств (например, любовь и ненависть). Еще реже встречаются случаи извращения в эмоциональной сфере, когда радостные события печалят больного, а несчастье приводит в восторг.

Гипотимия (депрессия, дистимия) - тоскливое, подавленное настроение. Особый вид депрессии - дисфория, при которой наряду с понижением настроения у больного имеется напряженная гневливость и злобная раздражительность.

й^

Hi"

Высшая степень депрессии - меланхолическое неистовство: на фоне подавленного настроения внезапно возникает приступ мучительной тоски, сопровождающейся двигательным возбуждением и стремлением к нанесению себе повреждений и самоубийству.

Гипотимия вместе с замедлением мышления и заторможенностью в двигательной сфере входит в состав депрессивного синдрома. Случается, что в этой типичной триаде один из симптомов не является для нее характерным (например, вместо двигательной загорможенности - моторное оживление) или к триаде добавляется еще какое-либо расстройство психики (например, помрачение сознания). В первом случае говорят о смешанных депрессивных состояниях, во втором - об атипичных состояниях.

Гипертимия представлена в психопатологии несколько полнее, чем гипотимия. Эйфория - неадекватно повышенное, радостное настроение.

В отличие от эйфории мория наряду с повышением настроения характеризуется нелепыми поступками, дурашливо-добродушными выходками больных.

Экстаз - гипертимия, достигшая необычайной степени выраженности. Исступленно-восторженное настроение может появляться совершенно внезапно. Больному не хватает слов и движений, чтобы выразить всю сложную гамму имеющихся чувств. Он застывает в молчаливой позе восхищения. Выражение лица, плотно прижатые к груди руки больного свидетельствуют о предельном напряжении в эмоциональной сфере. Из всех упомянутых патологических расстройств экстаз является наиболее кратковременным.

По аналогии с депрессивным синдромом выделяется и маниакальный. Ведущим симптомом в этом случае бывает повышенное настроение, два других симптома маниакальной триады - ускоренное мышление и оживление в двигательной сфере.

Высшая степень маниакальности - неистовство представляет собой почти непрерывное и резко выраженное маниакальное возбуждение с наклонностью к разрушительным, иногда асоциальным действиям.

Отсутствие чувств проявляется в основном в трех формах: в психической анестезии, апатии и эмоциональной тупости. Во всех трех случаях у больных проявляется безучастность как к себе, так и происходящему вокруг, отсутствие проявлений эмоциональной деятельности - какой бы то ни было. Однако сходство это чисто внешнее.

Психическая анестезия - отсутствие эмоциональных реакций, чувств вследствие заторможенности корково-подкорковых механизмов. С таким больным при известной

настойчивости все-таки удается вступить в контакт и получить необходимые сведения.

При апатии утрата эмоциональных реакций сочетается с поражением или отсутствием волевых побуждений. Только с большим трудом можно ненадолго растормозить эмоциональную сферу, способствовать проявлению чувств.

Например, у больной 3., 30 лет, заболевание возникло в результате длительной конфликтной семейной ситуации. Состояние в отделении психиатрической больницы характеризуется бесцельным хождением по палате, безразличным выражением лица, длительным времяпрепровождением в постели. На вопросы персонала либо не отвечает, либо произносит одно-два слова типа "как хотите", "не буду", "все равно". Ничем не интересуется, не проявляет никакой реакции на события в отделении (крики возбужденной больной, судорожный припадок у соседки по койке). При упоминании о детях-сиротах, психотравмирующем факторе, появляется вегетативная реакция, ответы становятся многословнее, однако смысл их прежний - больной все безралично.

Эмоциональная тупость (уплощение) характеризуется не только отсутствием эмоций (на адекватные или неадекватные раздражители), но и невозможностью их появления вообще. Введение возбуждающих медикаментозных средств приводит к временному беспредметному двигательному возбуждению, но не к появлению чувств или контактности.

Например, больная, в течение многих лет страдающая простой формой шизофрении, в последние годы, по словам мужа, "стала бесчувственной, не глядит ни на что". В стационарном отделении диспансера за три месяца пребывания ни разу не наблюдалось каких-либо проявлений эмоциональной деятельности. На свиданиях с мужем и детьми ни разу нельзя было отметить появления чувств у больной: сидела с опущенными руками и отсутствующим выражением лица, ни на один вопрос не отвечала. Глядя в сторону, отстранив обнимавших ее детей, несмотря на их слезы и просьбы мужа, самостоятельно прерывала свидания, невозмутимо покидая комнату для свиданий.

Своеобразное отсутствие чувств, правда неполное, представляет собой состояние, называемое скорбным психическим бесчувствием, т.е стойкое тотальное отсутствие каких бы то ни было чувств, за исключением мучительного переживания этого недостатка.

Например, у замужней и имеющей одного ребенка больной 21 года сразу после родов появилось обычное чувство сильной любви кдочери. Однако через месяц она стала к ней безразлична. Убивалась и расстраивалась по этому поводу, не могла понять, что с ней произошло ("раньше ночь просижу у постельки - удовольствие получу, а теперь кричит ребенок, весь мокрый - и не пошевелюсь, пустыми глазами как на чурбан смотрю - нет чувств"). Через несколько дней, не в силах вынести такого состояния, нанесла себе бритвой глубокие ранения в области шеи.

5. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИЙ И ЧУВСТВ

Исследование начинается с осмотра больного. Если для депрессивного больного его внешний вид совершенно безразличен (давно небритое лицо, волосы в беспорядке, больной не следит за костюмом, обувью и др.), то при повышенном настроении забота о внешнем виде приобретает форму своеобразной гипертрофии. Туг и невероятная, но тщательно

выподненная прическа, у женщин - крашеные губы (при отсутствии помады - при помощи каравдаша, даже химического), подведенные глаза. Больные стремятся всячески украсить себя, для чего в условиях больницы применяют самодельные бусы, браслеты и кольца, бумажные цветы, листья и ветки.

Выражение лица у больных с нарушениями в эмоциональной сфере лучше, чем в каком-либо другом случае, соответствует известной поговорке: "лицо - зеркало души". При повышенном настроении веселая, беззаботная улыбка не сходит с лица. Мимика при этом живая, энергичная и захватывает все группы мышц. Больные кружатся и танцуют, громко декламируют свои стихи, с увлечением поют задорные, шутливые песни. Искрящееся веселье и оживленная деятельность заражает окружающих, и все это продолжается большую часть суток - как в палате, так и во время прогулок, свиданий с родными. Хотя эйфоричные, маниакальные больные и мало спят, однако самочувствие у них "всегда отличное, настроение бодрое и радостное".

Резкую противоположность описанному состоянию представляет из себя депрессия. С застывшего лица больного не сходит выражение печали и скорби. Характерен остановившийся "потухший" взгляд из-под полуопущенных (больше снаружи) век (складки Верагуга). Длительное напряжение лобной мышцы приводит в конце концов к образованию своеобразно изгибающейся складки в виде "фигуры омеги" между бровями. Голова опущена, согбенная спина, повисшие вдоль туловища руки, "окаменелая поза" - характерные черты депрессивного синдрома. Тихую, медленную и чуть слышную речь, не сопровождающуюся необходимыми жестами и мимикой, можно услышать лишь после неоднократного обращения к больному.

Лицо больного с апатией или с эмоциональной тупостью невыразительно, "безболезненно". Движения медленные, и то только самые необходимые. Нет такого события, происшествия (радостного или трагического), которое способно было бы вывести больного из подобных состояний. Вступить в контакт с таким больным, несмотря на все старания, обычно не удается.

При амбивалентности чувств на лице попеременно отражается одно из противоположных чувств. Амбивалентность проявляется также и в жестах. При известной настойчивости и умелом подходе к больному с амбивалентностью о его эмоциональном состоянии удается более подробно узнать из рассказа.

Кроме лица и одежды, необходимо также при возможности осмотреть кожные покровы. Подобный осмотр бывает особенно результативен при состояниях депрессии с тенденциями к самоубийству. Сделать это зачастую бывает не так-то легко в силу нежелания больного подвергаться осмотру. При обследовании обращается внимание на свежие иди старые рубчики в области кистей, предплечий и локтевых вен (чаще слева);

141

внимательный осмотр шеи производится с целью обнаружения следов странгуляционной борозды. Из других поверхностных повреждений могут быть следы ушибов головы, порезов области живота, тушения сигарет о кожу и др.

При изучении расстройств в эмоциональной сфере обязательным является обследование состояния вегетативной нервной системы. Обращается особое внимание на частоту дыхания и пульса, величину артериального давления, размер зрачков, увлажненность видимых слизистых оболочек, сон и аппетит. При депрессии, например, характерны анорексия, артериальная гипертензия, упорная бессонница, сухость кожных покровов, рта и конъюнктивы. В.П. Протопоповым описана триада симптомов при депрессии: мидриаз, тахикардия, спастические запоры. Параллельно происходит снижение веса тела. У женщин могут временно отсутствовать менструации.

Некоторые из перечисленных расстройств наблюдаются и при маниакальном синдроме.

Таким образом, данные осмотра, обследования вегетативной нервной системы и наблюдения за больным для определения его эмоционального состояния могут дать очень много. Особенно важны подобные объективные сведения в тех случаях, когда больные склонны к диссимуляции, например, при депрессии. Подсобным

материалом при этом могут служить данные, почерпнутые из рассказов родственников, знакомых пациента, его соседей по палате и т.п.

Но всего этого еще недостаточно. Следующим этапом исследования эмоциональной сферы пациента является беседа с ним самим. Нужно спросить его, как он относится к своему состоянию, проявляет ли заботу о детях, родителях, скучает ли в их отсутствие и т.п. Следует обратить внимание на эмоциональную окраску ответов (адекватная реакция, неадекватная, монотонная). При этом отмечается, какие вопросы (по содержанию, по форме) вызывают соответствующие эмоции: отрицательные, положительные и др.

Нужно, пользуясь всеми имеющимися сведениями, постараться наладить с больным тесный эмоциональный контакт и уловить его истинное душевное состояние. Иногда это сделать довольно трудно даже опытному специалисту. Поэтому при малейшем подозрении на диссимуляцию (равно как и при явной депрессии) необходимо принимать предохранительные меры с целью предотвращения самотравматизации и самоубийства.

Вызвать на откровенность больных со скорбным психическим бесчувствием значительно легче. В таких случаях рассказ бывает особенно красочным и содержательным, так как больных весьма удручает "невозможность чувствовать, как все". При скорбном психическом бесчувствии всегда имеет место склонность к самоубийству, поэтому за этими пациентами также необходим строгий надзор.

142

Для констатации того или иного расстройства в сфере чувств показателен также и характер бреда. При депрессивных состояниях чаще всего больные высказывают бредовые идеи самообвинения и самоуничижения, обворовывания и обнищания, преследования и ущерба. При расстройствах из группы гипертимии бредовые идеи также могут иметь место (бред величия, богатства, изобретения). В высказываниях таких больных легко уловить наклонность к переоценке своей личности, собственных достоинств и возможностей. Может иметь место цинизм и сексуальная растор-моженность.

При изучении патологии эмоций тщательному описанию внешнего вида пациента, его контактности и прочего необходимо уделять самое пристальное внимание. Здесь, как нигде, недопустимы формулировки и определения, в которых фигурируют слова "хорошо", "плохо", "удовлетворительно". Правильным будет лишь подробное, полное до мелочей описание имеющихся у больного особенностей, при чтении которого вывод должен напрашиваться сам.

Экспериментальное исследование эмоций и чувств достаточно сложно. Оно включает в себя изучение, во-первых, неосознаваемых процессов, происходящих в различных системах организма, конечным выражением которых является вегетативное сопровождение эмоциональных ракций. Важным достоинством такого подхода является то, что регистрируемые таким образом параметры практически не подвержены контролю со стороны сознания испытуемого, поэтому достаточно достоверны.

Для исследования вегетативного сопровождения эмоций используются изучение кожно-гальванической реакций, электрокардиография, рео-энцефалография, а также комплексное изучение сразу нескольких функций - полиграфия. Подробное описание этих методов исследования приводится в специальных руководствах по психофизиологии.

Другим направлением исследования эмоций и чувств является изучение их по выразительным движениям мышц лица (мимике), жестам, движениям корпуса и конечностей, особенно рук, и т.п. Эти исследования широко применяются в различных отраслях прикладной психологии и психиатрии для решения многих практических вопросов, связанных преимущественно с аспектами социального функционирования.

Еще одним направлением изучения эмоций и чувств можно назвать изучение различных проявлений эмоциональных реакций человека - настроений, аффектов, стресса, фрустрации и т.п. Для этих целей разработаны специальные психодиагностические подходы и методики, среди которых можно выделить стандартизированный метод исследования личности (СМИЛ), методику изучения фрустрационной устойчивости С. Ро-зенцвейга и др.

Наконец, одним из важных направлений исследования эмоций и чувств является изучение их в комплексе реакций, одновременно возникающих у субъекта в определенных ситуациях, т.е. изучение эмоциональ-143

но-личностного реагирования. Об используемых при этом методиках сказано в главе, посвященной личности.

Психолог, врач и педагог должны постоянно помнить, что невнимательное, поверхностное отношение к эмоциям и чувствам пациента, особенно больного, скрывающего их, может привести не только к ошибкам диагностики, но и к тяжелым последствиям как для здоровья, социального благополучия и жизни самого больного, так и для окружающих его лиц. Часть II ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И СОСТОЯНИЯ

Глава 6 ВНИМАНИЕ

1. ПОНЯТИЕ О ВНИМАНИИ

В каждый конкретный момент на человека воздействует ряд объектов внешнего и внутреннего мира, и он не в состоянии воспринимать их, отвечая одновременно на всю эту массу раздражителей. Концентрация психической деятельности на чем-нибудь одном (реже объектов внимания бывает два и больше) способствует более глубокому проникновению в суть явления, предмета.

Вниманием называется направленность психики на определенные объекты, сосредоточенность на них.

Под направленностью понимается избирательный характер психической деятельности, а также сохранение ее в течение необходимого времени.

Под сосредоточенностью понимается та или иная степень углубления в данную деятельность. Как и направленность, сосредоточенность может быть подвержена колебаниям, может быть кратковременным процессом и достаточно длительным состоянием. Чем материал сложнее, необычнее, чем больше заинтересованность и сосредоточенность, вплоть до того, что человек перестает реагировать на некоторые раздражители, даже если они исходят из собственного тела. Так, известный физик Паскаль добивался значительного ослабления резкой до этого зубной боли углублением в решение сложных арифметических задач. Философ И. Кант, пользуясь умением максимально рассредоточивать свое внимание, успешно боролся с бессонницей.

Внимание может быть и кратковременным процессом, и длительным состоянием. Оно может быть направлено на предметы и явления внешнего мира (внешнее направление) и на процессы, совершающиеся внутри нашего тела, образы, мысли и чувства (внутреннее направление). От сохранности внимания, полноты и совершенства его отдельных свойств зависят ощущения и восприятия, запоминание и воспроизведение, мыслительные процессы, деятельность человека и в конечном счете само наше сознание.

146

Подобная своеобразная универсальность внимания для нормального течения различных психических процессов привела к тому, что в конце XIX и начале XX века оно трактовалось как некий "всеобщий объяснительный принцип". Степень внимательности или невнимательности определялась как "выражение активности души". Полностью игнорировалось не только влияние окружающей среды, но и

значение особенностей личности, интересов и профессии, общего состояния организма.

Попытки преодолеть этот подход к пониманию и изучению внимания носили вначале механистический характер. Например, Т. Рибо (1839- 1916), считая внимание рядом приспособительных рефлексов, полагал, что оно имеет место лишь при умственной деятельности. Доказывалось это следующим образом. Если последовательно исключить все приспособительные "мероприятия", которые имеют место при том или ином интеллектуальном акте, например во время наблюдения зрителем того, что происходит на сцене театра, т.е. поворот головы, глаз, напряжение мышц, связанное со смотрением на сцену и восприятием совершающихся там действий, и т.п., то от внимания якобы ничего не останется, ибо все части, из которых оно "состоит", последовательно изъяты.

В.М. Бехтерев считал, что подобный приспособительный рефлекс, отдельными составными частями которого являются совершающиеся в определенной последовательности действия, свойствен новорожденному.

Высказывались и иные суждения по поводу внимания. Однако никто из исследователей не мог объяснить происхождения рефлекторных актов, которые имеют место при возникновении состояний внимания, того, чем определяется их последовательность, направленность в каждом частном случае.

В 20-30-е годы в нашей стране внимание отождествлялось с установкой. При этом под установкой понимались все соответствующие приспособительные движения. Л.С. Выготский (1896-1934) предложил рассматривать два основных вида установки - сенсорную, т.е. приспособление к оптимальному восприятию, усвоению, и моторную - приспособление к наиболее правильным, рациональным движениям или действиям.

Все изложенные теории не учитывали того, что, хотя внимание и имеет в качестве почти обязательных компонентов определенные приспособительные движения, оно не сводится к ним и тем более ими не исчерпывается.

Избирательность, сосредоточенность и направленность психической деятельности, в том числе и установка, объясняются всем процессом развития конкретной личности в определенных общественных условиях. Играет роль и значимость самого объекта внимания.

После выбора необходимого объекта человек активно концентрирует психическую деятельность. В литературе неоднократно подчеркивалось, что преимуществом перед другими объектами внимания обладают именно те раздражители, которые имеют большее жизненное значение.

147

С точки зрения отражательной, рефлекторной деятельности головного мозга, внимание - это проявление раздражительного процесса в соответствующей функционально-динамической crpyiclype. Наиболее оптимальное объяснение процессу внимания МОЖЕТ быть дано с позиций учения АЛ. Ух-томского о доминанте как господствующем очаге возбуждения. Этот очаг притягивает к себе раздражители слабой и средней силы, тем самым усиливаясь еще больше. Кроме того, в соогестствии с законом отрицательной индукции возбуждение одних систем вызывает торможение других.

Описание физиологических механизмов внимания мы находим в трудах И.П. Павлова, когда он говорит о корковых очагах с "оптимальной возбудимостью", меняющих место, размеры и окруженных по периферии участками значительно меньшего возбуждения иди даже торможения.

Значительный вклад в изучение психологии внимания внесли Н.Ф. Добрынин, И.В. Страхов и В.И. Страхов.

2. ВИАЫ ВНИМАНИЯ

Различается внимание непроизвольное (пассивное), произвольное (активное) и послепрозвольное. О ненронзволыюм виимани" следует говорить в том случае, когда направленность и сосредоточенность не обусловлены волевым актом человека. В появлении такого внимания играют роль привычки человека, соответствие раздражителя внутреннему состоянию организма, постоянное ожидание чего-либо и т.п.

Непроизвольное внимание имеет в своей основе безусловный ориентировочный рефлекс, проявляющийся в постоянной готовности отвечать на вновь появившийся раздражитель (И.П. Павлов). Оно обычно вызывается раздражителями достаточной силы. Однако оно может появиться и вследствие воздействия слабого раздражителя в том случае, когда таковой появляется неожиданно. Например, непроизвольное (вначале!) внимание больного может быть привлечено шепотной речью врачей в его присутствии. Обратит внимание больной и тогда, когда шепотная речь последует за обычной. Это еще одна возможная причина возникновения непроизвольного внимания - резкий контраст раздражителей.

Пронмолшм "мммммe обусловлено волевым актом человека и связано с сознательно поставленной целью. Это результат напряжения нашей воли, следствие принятого решения, необходимое условие выполнения этого решения. Физиологической основой произвольного внимания служит концентрация возбуждения в определенных функциональных системах больших полушарий головного мозга, соответствующих наиболее значительным для человека явлениям окружающего мира. Эти системы получают способность к оптимальной возбудимости. Следовательно, любой, даже слабый, но действующий в этом направлении раздражитель, возбуждает именно данные системы, что и проявляется в виде активного внимания.

Произвольное внимание может поначалу быть непроизвольным, главным образом при достаточной силе раздражителя. Однако вскоре теряется пассивный характер внимания и оно становится активным. В иных случаях активный характер внимания устанавливается с самого начала. При этом опыт человека, его интересы, профессия приучают его произвольно концентрировать внимание не только на сильных раздражителях, но и на относительно слабых, но имеющих специальное значение для познавательной или творческой деятельности.

Решающая роль в жизни и деятельности человека принадлежит произвольному вниманию. В связи с этим его изучению и тренировке придается особое значение, особенно в детском возрасте.

Послепроизвольное внимание характеризуется снижением волевого процесса и сосредоточением сознания, обусловленным интересом. Внимание может быть индивидуальным, групповым и коллективным.

3. СВОЙСТВА ВНИМАНИЯ

Внимание обладает рядом особенностей, из которых можно выделить: интенсивность, устойчивость, объем, распределение и переключение. Все особенности присущи и активному, и пассивному вниманию, но неоспоримо большее значение имеет исследование этих свойств при произвольном внимании.

Интенсивность внимания выражается в повышенной сосредоточенности сознания на определенном объекте, на конкретной деятельности, что не позволяет отвлекаться на посторонние раздражители и способствует лучшему качеству выполняемой работы.

Под устойчивостью понимается возможность длительной концентрации внимания на определенном объекте. Она может быть довольно велика и при пассивном, но особенно при активном внимании. Способность отвлекаться от раздражителей, лежащих вне основной деятельности, у разных людей выражена далеко не одинаково. Играет роль и отношение к выполняемой деятельности, и характер поставленной цели, состояние усталости и пр. Устойчивости произвольного

внимания мешают непроизвольные отвлечения внимания. Чаще же слишком устойчивое пассивное внимание замедляет переход его в произвольное.

Устойчивость внимания динамична и сопровождается его колебанием. При колебании происходят кратковременные непроизвольные изменения степени интенсивности внимания.

Объем внимания характеризуется количеством объектов, которое оно захватывает. Непроизвольное внимание обычно невелико по объему. Зато объем произвольного внимания, находясь в тесной зависимости от личности, ее установок и состоянии, может достигать удивительных размеров.

Тем не менее, имея дело с человеком, у которого объем внимания относительно велик, следует помнить, что одновременный охват значительного количества объектов может происходить за счет весьма неравномерного распределения внимания между ними. Для пояснения этого положения в психологии введен термин распределение внимания. Умение равномерно распределять свое внимание на несколько предметов, явлений одновременно далеко не свойственно всем людям в равной степени. В этой связи надо сказать, что человек, который сосредоточился на одной какой-либо определенной деятельности, но упускает из внимания другие объекты, является представителем типа людей с концентрированным вниманием. Если же человек обладает способностью быстро, легко и без ущерба для каждого из видов деятельности распределять свое внимание, то он относится к типу людей с распределенным вниманием.

Способность равномерно распределять внимание при его активном характере может быть существенно повышена путем систематической тренировки, что в результате приведет к повышению трудоспособности, большей эффективности труда при минимальной затрате энергии. В частности, развитие умения распределять внимание весьма важно при профессиях, требующих выполнения неодинаковой работы двумя руками одновременно (хирурги, пианисты и др.).

Еще одно свойство внимания - переключение его с одного объекта на другой. У здорового человека этот процесс должен происходить целенаправленно, без замедления, но не в ущерб сосредоточенности и интенсивности внимания.

Соотношение различных свойств внимания изображено на учебной схеме. Схема позволяет лучше понять структуру различных видов и свойств внимания и невнимательности как в норме, так и в патологии.

Схема качеств внимания

Качества: активность (произвольная, непроизвольная); направленность (внешняя, внутренняя); широта (объем, распределение); переключение (легкое, трудное); интенсивность (высокая, низкая); устойчивость (устойчивое, неустойчивое).

4. НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬ

Личность (человек) может быть внимательной, невнимательной и рассеянной.

Невнимательность первого типа является рассеянность, определяемая легкой непроизвольной переключаемостыо малоинтенсивного внимания. Этот вид невнимательности свойствен дошкольникам и астенизирован-ным людям (больным), в том числе и в результате переутомдения, нарушения дыхания, неправильного воспитания.

Невнимательность второго типа, напротив, определяется высокой интенсивностью и трудной переключаемостыо внутринаправленного внимания. Это - тип "невнимательности ученого", сосредоточенного на своих мыслях. У больных он свойствен лицам со сверхценными и навязчивыми мыслями.

Невнимательность третьего типа определяется не только весьма слабой интенсивностью концентрированного внимания, но еще более слабой его переключаемостыо. "Это называется обычно стариковской рассеянностью, котда, наоборот, это есть сосредоточенность, но невольная, пассивная, дефектная", - писал И.П. Павлов. Такое внимание часто наблюдается в клинике и, в частности, в условиях кислородного голодания.

Различные качества и свойства внимания, имеющие в основе тип нервной системы и развитые в той или иной степени в течение жизни и деятельности человека, подвержены изменениям почти при всех соматических и нервно-психических заболеваниях. Особенности внимания пациента должны обязательно учитываться при собирании жалоб и анамнеза, исследовании внутренних органов, нервной и психической сферы. Следует помнить, что при наличии (или появлении во время исследования) у пациента тех иди иных нарушений внимания гораздо полезнее вместо стимуляции - "будьте внимательны!" заинтересовать человека каким-либо обстоятельством, примером, а в дальнейшем повести дело так, чтобы внимание не истощалось. В противном случае результаты обследования пациента могут оказаться неудовлетворительными (неточные сведения, нежелание продолжать рассказ, подвергаться осмотру и т.п.).

5. РАССТРОЙСТВА ВНИМАНИЯ

Формы расстройств внимания определяют следующие его нарушения: повышенная отвлекаемость (гиперметаморфоз внимания) - чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного объекта и вида деятельности к другому; уменьшение объема внимания,

инертность (малая подвижность) внимания - невозможность своевременной быстрой переключаемости или патологическая фиксация внимания;

151

гипо-и апрозексия - невозможность в течение необходимого периода времени сосредоточить на чем-нибудь внимание и полное выпадение внимания.

При одних патологических состояниях страдают преимущественно одни свойства внимания, при других обнаруживается недостаточность иных свойств.

6. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНИМАНИЯ

Расстройства внимания выявляются как во время беседы с пациентом (отвлекается на посторонние раздражители, не может сосредоточиться на теме беседы, быстро утомляется), так и в ходе специального психодиаг-ностического исследования.

Методики для специального психодиагностического исследования внимания можно разделить на психофизиологические и патопсихологические.

К психофизиологическим методикам исследования внимания относятся методики, использующие специальную аппаратуру, в частности та-хистоскопические установки, аппараты "Мнемотест", "Ритмотест" и др.

При помощи этих аппаратов можно наносить кратковременные, с определенной экспозицией, зрительные (в виде цифры, фигур, слов и т.п.) (тахистоскоп, "Мнемотест") и звуковые ("Ритмотест") раздражения. Таким образом создаются условия для проверки отдельных свойств внимания - его устойчивости, объема, способности к переключению; кроме того, данные установки позволяют диагностировать состояние и иных психических функций - восприятия, памяти.

Из патопсихологических методик исследования внимания наиболее известны и часто используются различные варианты корректурных проб, счет по Крепелину, отыскивание чисел по таблицам Шульте (в том числе Шульте-Горбова), ряд методик на переключение (методика М.С. Лебе-динского, чередование антонимов и синонимов, сложение с поочередно меняющимися слагаемыми, поочередное вычитание).

Корректурные пробы. Совокупность различных вариантов определенн-ных бланковых методик, исследующих степень концентрации внимания, его устойчивость, а также особенности его переключения (варианты методики с переключением).

Методика была впервые предложена в 1895 году Б. Бурдоном. Исследование производится при помощи специальных бланков с рядами расположенных в специальном порядке букв, цифр или окружностей с направленными в различные стороны разрывами (вариант Э. Ландольта), или различных фигурок и т.д. Варианты с использованием окружностей и фигурок удобны для исследования малограмотных, детей младшего возраста и лиц, не являющихся носителями того языка, на котором проводится исследование. Инструкция предусматривает просмотр испытуемым ряда за рядом и вычеркивание (подчеркивание, вы-152

черкивание и подчеркивание в случаях проб с переключением) одного или двух знаков (букв, цифр, определенных фигур). При этом каждые 30 или 60 секунд исследующий делает отметку в том месте бланка, где в это время находится карандаш пациента. Регистрируется также время, затрачиваемое испытуемым на выполнение всего задания.

Проверка выполнения задания проводится по заранее заготовленному в соответствии с даваемыми инструкциями образцу путем сопоставления. Результаты оцениваются по количеству пропущенных букв или других знаков, а также по времени выполнения заданнного количества строк. Результаты выполнения корректурной пробы легко выразить количественно и графически. Уровень концентрации внимания может быть представлен с помощью индекса точности К =S/n, где S - число строк бланка, проработанных испытуемым; n - количество ошибок (пропусков или ошибочных зачеркиваний).

Темп выполнения задания может быть определен с помощью следующей формулы: Т = S/t, где S - количество знаков в проработанной испытуемым части корректурной таблицы; t - время выполнения (в секундах).

Показатель переключаемости вычисляется по формуле П= (S\1/S) * 100, где S\1 - количество ошибочно обработанных строк; S - общее количество строк в проработанной испытуемым части бланка. При оценке переключаемости внимания испытуемый получает инструкцию вычеркивать разные наборы знаков в четных и нечетных строках корректурной таблицы.

Использование количественных методов оценки корректурной пробы позволяет получать сопоставимые в различных исследованиях показатели.

В оценке методики существенное значение имеет структура распределения ошибок - встречаются ли они на всем бланке равномерно или наблюдаются преимущественно в конце (свидетельство истощаемости внимания). Имеет значение также характер ошибок - пропуски отдельных букв или строчек; зачеркивание других, рядом расположенных или внешне похожих букв и т.п.

Для каждой серии бланков необходимо рассчитывать собственные нормативы выполнения методики. Все же можно ориентироваться на следующие: здоровые испытуемые выполняют задание (с вычеркиванием на бланке формата А4 двух заданных букв) за 6-8 минут, допуская при этом не более 15 ошибок.

Помимо диагностики особенностей внимания с помощью корректурной пробы можно получить и представление об особенностях отношения пациента к исследованию.

Счет по Крепеливу. Методика была предложена Э. Крепелином в 1895 году. Предназначена для исследования упражняемости и утомляемости как факторов работоспособности.

153

Испытуемому предъявляются таблицы, на которых напечатаны столбцы однозначных чисел; обследуемый производит сложение этих цифр, а из полученной суммы

записывает только единицы, отбрасывая десятки (однако это не обязательное условие и в отдельных случаях, когда такой способ фиксации результатов только затрудняет выполнение методики, можно записывать получающуюся сумму полностью).

Бланки для проведения методики должны быть четко отпечатаны, не содержать каких-либо нечеткостей и исправлений в написании знаков, так как это затрудняет восприятие и ухудшает результаты выполнения задания. Допускается печатать бланки методики на пишущей машинке.

Так же, как и при проведении корректурной пробы, исследующий каждые 30 секунд делает свою отметку в том месте бланка, где в данное время находится испытуемый.

При оценке результатов выполнения методики учитывается количество сложений, количество допущенных ошибок (то и другое - как для всего бланка в целом, так и для каждого отрезка времени), общее время выполнения задания. Результаты выполнения могут был" представлены графически.

Подученные в ходе методики данные могут дать представление о равномерности и темпе выполнения задания, выявить наличие истощае-мости, врабатываемости, расстройства внимания.

Необходимо учитывать, что испытуемые, профессиональная деятельность которых связана с выполнением счетных операций, могут показывать ложно положительные результаты, поэтому для них данная методика не должна использоваться.

Отыскивание чисел по таблицам Шульте. Таблицы Шульте представляют собой пять таблиц (их можно изготовить самостоятельно) размером 60 x 60 см, на каждой из которых в случайном порядке расположены числа от 1 до 25.

При выполнении задания испытуемый отыскивает числа по порядку, показывает их и называет вслух. Время, затрачиваемое испытуемым на каждую таблицу, фиксируется секундомером. В случае необходимости можно также фиксировать количество чисел, которые находятся испытуемым в течение каждых 30 секунд.

При оценке результатов учитывается и сравнивается время, затраченное на каждую таблицу. Результаты могут быть представлены графически.

Здоровые испытуемые, как правило, поиск чисел в таблицах ведут равномерно по времени, в последующих таблицах у них может даже наблюдаться ускорение темпа выполнения задания. Причинами неравномерности поиска чисел и его длительности могут быть: повышенная истощаемость, запоздалая врабатываемость, нарушение критичности, сознательное искажение результатов. Так как таблицы Шульте почти не запоминаются, они могут быть использованы для проведения повторных динамических исследований.

Изучение переключения внимания проводится по двухцветной (черно-красной) таблице Шульте-Горбова. На ней в случайном порядке изображено 49 чисел -от 1 до 25 черные и от 1 до 24 красные. Инструкция предусматривает три этапа выполнения задания: первый - испытуемый должен в возрастающем порядке отыскивать, называть и показывать указкой черные числа; второй - испытуемый должен отыскивать, называть и показывать указкой красные числа в порядке убывания; третий - испытуемый должен показывать черные и красные числа попеременно и в разном порядке, т.е. 1 - черное и 24 - красное, 2 - черное и 23 - красное и т.д.

Время на поиск чисел при необходимости переключения внимания оказывается большим, чем то, которое затрачивается на отыскания чисел по порядку. Глава 7 ОЩУЩЕНИЯ. ВОСПРИЯТИЕ. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ

1. ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

В истории понимания отражения объективной реальности мозгом человека философам, физиологам и психологам пришлось встретиться с представителями нескольких направлений.

Создатель теории специфической энергии органов чувств И. Мюллер (1801-1858) брал за основу положение, что образ, полученный в ощущении, его свойства, зависят не от характера внешнего раздражителя, а от специфических особенностей соответствующего органа чувств. Особенности эти выступают в качестве "специфической энергии", которой, по И. Мюллеру, обладают органы слуха, зрения, обоняния и др. Следовательно, содержание ощущений связано лишь с состоянием самих воспринимающих аппаратов, зависит от самого субъекта, но не от объекта. Ощущение, по И. Мюллеру, не более, чем "передача в сознание качеств и свойств нервной системы" того или иного рецептора и его центростремительных путей.

Взгляды Мюллера были поддержаны и развиты его учеником Г. Гельмгольцем (1821-1894), создавшим в свою очередь теорию "периферических рецепторных раздражений", сводившую ощущения к "условным знакам". Эти символы не имеют, по мнению Г. Гельмгольца, никакой "аналогии с вещами, которые они представляют". Полагая, что в ощущениях нет ничего достоверного, Г. Гельмгольц уверял, что они в дальнейшем подвергаются "окончательной обработке со стороны нашего духа". Заключительный вывод делается на основе "бессознательных умозаключений", характер которых ставится в зависимость "от прирожденной формы мышления, его законов", не связанных с человеческим опытом, практикой.

Основу другого направления - гештальтпсихологии - составляет представление "о целостности всех психических актов" - восприятия, памяти, мышления и др. (от нем. Gestalt - образ, структура). В соответствии с взглядами М. Верггеймера, К. Каффки и В. Келера, возникающие в момент восприятия в сознании человека образы представляют собой следствие "целеустремленной" спонтанной психической деятельности. Это ее качественное своеобразие зависит от упомянутого "гештальта" - целостной структуры поведения, возникновение которой объясняется особой "целе-157

направдяющей" силой. Появившееся "целеустремление" приводит к образованию и целостной структуры. Поэтому рождающиеся образы не являются отражением реальности. Это - продукты спонтанной деятельности мозга.

В настоящее время оба направления - Мюллера-Гельмголы]а и геш-^альтпеихология, - подвертнутые некоторым изменениям, имеют определенное теоретическое и практическое значение в психологии.

2. ОЩУЩЕНИЯ

В трактовке проблемы отражения реальной действительности следует прежде всего обратить внимание на зависимость ощущения от материи и полную независимость существования материи от наших ощущений; материя, действуя на наши органы чувств, производит ощущение. Ощущение зависит от мозга, нервов, сетчатки и т.д., т.е. от определенным образом организованной материи. При этом явления объективного мира отражаются посредством органов чувств адекватно, а искажения отражения имеют свои закономерности.

Следует отметить, что отражение зависит от форм существования материи. В неживой природе оно проявляется в виде механического, физического и химического изменений. В живой природе отражение может быть биологическим, когда организм ко всем внешним воздействиям относится избирательно, активно, что способствует формированию саморегуляции, и психическим, когда происходит реакция не только на биологически значимые раздражители, но и на сигналы о биологически значимых воздействиях среды, что вырабатывает предвидение.

Познавательный процесс, т.е. процесс отражения объективной реальности - предметов окружающего нас мира и явлений - начинается с ощущения. Объекты

внешнего и внутреннего мира воздействуют на центральную нервную систему не непосредственно, а через экстеро-, ингеро-и проприорецепторы.

При этом различают экстерорецепторы двух видов: дистантрецепто-ры, т.е. воспринимающие раздражения вне непосредственного контакта с объектом внешнего мира (зрение, слух, обоняние, термические ощущения), и контактрецепторы, для деятельности которых необходимо непосредственное раздражение, например прикосновение (чувство вкуса, различные виды тактильной чувствительности, вибрационное чувство).

Рецептор - это периферический конец того или иного анализатора. При помощи рецептора осуществляется первичный, грубый анализ. Центральный конец анализатора находится в коре головного мозга, где происходит тонкий анализ. Принцип работы таков: при воздействии какого-либо раздражителя возбуждаются периферические нервные окончания соответствующево анализатора, возбуждение передается по аффе-рентному пути к центральным клеткам. В результате мы испытываем то

или иное ощущение. И если раздражение - это сам факт контакта с объектом внешнего мира, если возбуждение - это физиологический процесс в нервных клетках и волокнах, то ощущение - психический процесс, следствие только что имевших место раздражений и возбуждения. Ощущение есть субъективный образ объективного мира .

Таким образом, ощущением называется процесс отражения человеком отдельных свойств предметов и явлений объективной действительности, непосредственно воздействующей на его органы чувств. Всякое наше ощущение имеет качество, силу и длительность.

Качество ощущения - внутренняя его сущность, то, чем одно ощущение отличается от другого. Например, качествами зрительных ощущений являются цвета - синий, красный, коричневый и пр., слуховых - звуки голоса человека, музыкальные тона, шум падающей воды и др.

Сила (интенсивность) ощущений определяется той или иной степенью выраженности данного качества. В туманное утро очертания леса, контуры зданий воспринимаются органом зрения лишь в общих чертах, неотчетливо. По мере исчезновения тумана становится возможным отличить хвойный лес от лиственного, трехэтажный дом от четырехэтажного. Сила зрительного раздражения, а следовательно, и ощущение, в дальнейшем продолжает нарастать. Теперь видны отдельные деревья, их ветви, в окнах дома - оконные переплеты, цветы на подоконнике, занавески и т.п.

Длительность ощущения - это то время, в течение которого у человека сохраняется впечатление данного конкретного ощущения. Длительность ощущения принципиально отличается от длительности раздражения. Так, действие раздражителя уже может быть законченным, однако ощущение в течение некоторого времени продолжает иметь место. Например, ощущение боли после отрывистого удара, жжения - после одномоментного касания раскаленным предметом. Ощущение имеет определенную пространственную локализацию. Всякое ощущение всегда окрашено в определенный, чаще всего специфический тон, т.е. имеет соответствующую эмоциональную окраску. В зависимости от их качества, силы и длительности ощущения могут вызывать положительные или отрицательные эмоции. Легкий запах сирени способствует появлению приятного чувства, тот же запах, концентрированный и существующий длительно, может привести к появлению головокружения, тошноты, общего плохого самочувствия. Матовый свет электрической лампочки успокаивает, прерывистый свет раздражает (например, при езде на велосипеде рядом с неплотным забором, закрывающим ярко светящее солнце).

Возникновение соответствующих эмоций при определенных ощущениях - процесс индивидуальный. Один человек любит слушать громкую музыку, другой - нет,

одному приятен запах бензина, другого он раздражает. Эмоциональная окраска ощущений также индивидуальна.

159

Кроме эмоциональной во время ощущения может возникать (правда, в очень редких случаях) и несколько иная окраска. Например, у знаменитых русских композиторов А.Н. Скрябина и Н.А. Римского-Корсакова природный слух сочетался с ощущением одновременной окраски воспринимаемых звуков в совершенно определенные цвета спектра. В частности, сложные аккорды (септаккорды) Н.А. Римский-Корсаков воспринимал так: до-ми, соль, си - окрашенными в синевато-золотистый цвет, ре-фа, ля-бемоль, си - в синевато-зеленовато-розовый с сероватым оттенком и т.д. Окраску для Н.А. Римского-Корсакова имели и некоторые трезвучия. При этом во всех трезвучиях ноты до-до "просветляли гармонию", си - "утемняла", а ля придавала аккорду "оттенок ясный, весенний, розовый".

Такое явление называется синестезией. Описавшие это явление французские авторы назвали его "цветным слухом" (audition colorde). Он может иметь место не только при восприятии музыкальных тонов, но и при слушании любых звуков, например в момент чтения стихов. Физиологической основой данного феномена является необычная иррадиация процесса возбуждения с большим или меньшим захватом центральной части другого анализатора. Это основано на природных качествах того или иного анализатора человека. В дальнейшем эти качества в результате постоянной тренировки развиваются и достигают иногда значительной степени выраженности.

В результате непосредственного или длительного действия раздражителя может повышаться или понижаться чувствительность анализатора, приводя к адаптации ощущений или обострению (сенсибилизации) их. Подпороговые раздражители не вызывают осознание ощущений.

По модальности (виду анализатора) различают несколько видов ощущений: зрительные, слуховые, вкусовые, осязательные, обонятельные, проприоцептивные и органические (интероцептивные). К последним относятся ощущения, связанные с деятельностью внутренних органов - ощущения голода, сытости, полового удовлетворения, жажды и пр. Органические чувства ("темные чувства", как их называл И.М. Сеченов) всегда носят не местный, а генерализованный характер и переживаются человеком как определенные состояния организма вообще.

Взаимодействие ощущений может порождать так называемые интер-модальные ощущения (теплый цвет, легкий звук, острая еда, колючий взгляд, тяжелый запах и т.д.).

В практической деятельности человек имеет дело преимущественно с предметами, отдельные стороны и качества которых выступают в виде различных свойств. Эти отдельные свойства и познаются нами в процессе ощущений. И подобно тому как недостаточно знания какого-либо одного симтома для постановки диагноза, невозможно было бы составить себе правильное представление о данном конкретном объекте, пользуясь при этом всего лишь одним его свойством.

160

Ощущение есть превращение энергии внешнего раздражения в факт сознания. Например, перед человеком находится предмет. Первое ощущение - "прозрачности". На этом этапе взаимодействия человека с конкретным объектом пока еще ничего определенного сказать нельзя, ибо свойством прозрачности обладают и стекло, и вода, и лед, и некоторые пластические массы и т.п. Новое ощущение - "объект твердый". Представление о воде исключается. Еще ощущение - "объект пустотелый, стенки его тонкие, обычной комнатной температуры". Следовательно, о льде речи быть не может. Далее оказывается, что вес предмета довольно значительный. Поэтому предположение о пластмассе должно быть подвергнуто сомнению. На помощь приходят еще два ощущения: "предмет при надавливании не деформируется и издает при постукивании характерный звук".

Напрашивается вывод: "Вероятно, стекло". Вслед за синтезом всех этих - в нашем примере последовательных, а в действительности почти одновременных - ощущений происходит сопоставление их со свойствами ранее воспринятого подобного же объекта (чувство жажды, тяжести в руке, ощущение влаги во рту, прохождение тяжести по пищеводу и т.п.). В результате этой почти одномоментной аналитико-синтетической деятельности, субстратом которой служит определенный комплекс ощущений, рождается новая психологическая категория - восприятие. Теперь человек уверен, что у него в руках находится пустой стеклянный стакан.

3. ВОСПРИЯТИЕ

Восприятие - это целостное отражение предметов и явлений объективной действительности, непосредственно воздействующих на органы чувств. Восприятию свойственны предметность (выделение предмета из фона); активность; избирательность; апперцепция; константность; осмысленность и обобщенность.

В процессе восприятия как совокупности ощущений воссоздаются конкретные образы предметов и явлений. Но восприятия, явившиеся результатом работы различных органов чувств, требуют синтезирования получаемых с их помощью ощущений. При этом для того чтобы окончательно воссоздать образы, которые бы достаточно полно соответствовали объективной реальности, требуется еще и установить связи с прошлым опытом, сравнить, сопоставить и оценить результаты этого сравнения. Иными словами, в процессе восприятия конкретный "текущий" материал, реальность, действующая в данный момент, постоянно синтезируется как в отдельных своих частях, так и с образами прошлого.

Необходимость систематического осознания отдельных деталей того, что воспринимается и входит в сознание человека, и того, что было

воспринято ранее, практически отпадает, так как этот процесс совершается авгоматизированно.

Работа головного мозга в периоды ощущения и восприятия чрезвычайно сложна. Иллюстрируя этот факт, И.М. Сеченов говорил, что в течение дня, "считая его в 12 часов и положив средним числом на каждую новую фазу зрительного ощущения по 5 секунд, через глаза войдет больше 8000 ощущений, через ухо никак не меньше, а через движения мышц несравненно больше. И вся эта масса психических актов связывается между собой каждый день новым образом". В настоящее время подсчитано, что входной сигнал поступает в головной мозг человека каждую миллисекунду. При этом каналов, по которым движутся импульсы, около 3 миллионов. Выходной импульс также каждую миллисекунду дает по 1 миллиону каналов, т.е. всего в течение 0,001 секунды имеет место до 4 миллионов импульсов, которые должен принять и отправить головной мозг. Множество беспрестанно возникающих извне и изнутри раздражении вызывает чрезвычайно сложные рефлекторные реакции безусловного и условного характера. По отношению к каждому акту восприятия в конечном счете создается соответствующая ассоциированная группа последовательных чувствительных и двигательных реакций, отдельные части которой родились вследствие работы группы анализаторов, функционировавших в процессе восприятия. Подобных ассоциированных групп - бесчисленное множество.

Следует еще раз подчеркнуть,что синтез сложного процесса восприятия из отдельных актов элементарных ощущений наблюдается лишь в самом начале нашей познавательной деятельности, т.е. в раннем возрасте, у ребенка, впервые начинающего знакомство с окружающим миром. В дальнейшем в процессе повторных актов восприятия выступают механизмы автоматизации. Зато у взрослого человека на первый план выступают активность и избирательность, которые присущи данной личности и обусловливаются ее предшествующими установками и опытом, индивидуальной заинтересованностью, индивидуальными свойствами нервной системы.

Прошлый опыт, например, ясно выступает в том факте, что человек, воспринимая что-либо, неизбежно узнает в этом совершенно определенный, "нужный" и знакомый по прошлым восприятиям объект. Например, больной идет в поликлинику. Перед его глазами предстали коридоры, двери, отдельные группы людей, он видит различные объявления, плакаты и т.п. Однако его внимание будет направлено прежде всего на совершенно определенные объекты: надпись "регистратура", вероятно, некоторые стенды, витрины, так или иначе связанные с его болезнью, т.е. необходимый объект для больного, посетившего поликлинику, выступает с особой четкостью. Основную роль при этом играет заинтересованость, которая и определяет избирательность восприятия.

162

рис. Двойственное изображение, на котором можно увидеть и 6, и 7 кубиков, в зависимости от установки восприятия.

В других случаях требуется определенное усилие для того, чтобы выделить из всей массы разнородных объектов внешнего мира именно тот, который соответствует установкам человека.

Зависимость восприятия предметов и явлений от предшествующего опыта данного субъекта, от его индивидуальных личностных особенностей называется ап-перцепцией.

Выделению объектов внешнего мира помогает четкое осознание предстоящего. В выделении могут помочь окружающие. Например, изображенные на рисунке белые и черные ромбики составляют правильную геометрическую фигуру. В зависимости от того, какая установка будет у воспринимающего эту фигуру, он может увидеть и 7, и 6 кубиков.

Кроме того, каждый человек привносит в восприятие нечто свойственное только ему. В этой связи следует подчеркнуть, что индивидуальные особенности проявляются в быстроте, глубине, полноте, точности, степени тонкости отдельных восприятий, их эмоциональной насыщенности и пр. Тем не менее подобный индивидуальный характер акта восприятия все же не лишает человека возможности отражать мир объективно - по форме и величине, цвету и аромату, в пространстве и времени и т.п.

Пространство является объективной формой существования материи. Восприятие пространства может быть определено как процесс отражения протяженности мира объективной действительности. При восприятии предметов относительно их удаленности непременным условием является парность органов чувств, например бинокулярность.

Объект как бы охватывается с нескольких сторон и "ощупывается". Результаты этой работы по "обследованию" предмета, явления "оцениваются" с разных точек зрения: имеет значение и время, прошедшее при перемещении взора от одной точки объекта к другой, и величина пути, который "пришлось пройти" взору, и взаимоотношения, пространственные и иные, с окружающими предметами и т.п. Оценка протяженности пространства идет при активном и обязательном участии других органов чувств - слуха, обоняния, осязания, мышечно-йуставного чувства.

В зависимости от индивидуальных особенностей личности восприятие и наблюдение (изучение, исследование объекта) может быть аналитичес-163

ким (воспринимаются детали, частности), синтетическим, аналитико-синтетическим и эмоциональным.

В процессе образования и дифференцировки условных рефлексов на пространственные сигналы между анализаторами возникают сложные аналитико-синтетические взаимосвязи.

Под восприятием времени понимается процесс отражения длительности и последовательности событий, происходящих в реальном мире. Имея в своей основе органические ощущения (ритмические дыхание и кровообращение, правильно чередующиеся сон и бодрствование и др.), восприятие времени в большей степени, чем прочие виды восприятия, формируется и развивается в процессе накопления человеком жизненного опыта, в процессе деятельности. И как при любом акте, при восприятии времени заметную роль играют наши чувства. Общеизвестно, что время, заполненное полезным иди приятным трудом, эмоционально насыщенной игрой, захватывающей интеллектуальной деятельностью, течет незаметно. Малосодержательная же, неинтересная лекция, читаемая к тому же монотонным голосом, тянется "бесконечно долго".

Таким образом, процесс восприятия - это не изолированный акт зеркального отражения. Из многочисленных раздражителей нами активно отбираются и воспринимаются лишь некоторые. Восприятие не пассивно, процесс восприятия всегда активен по своему содержанию и направленности. На всех этапах он неразрывно связан с другими видами психической деятельности и постоянно зависит от них: от эмоционально-волевых, мнестических процессов, мышления и пр.

4. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ

Образы, создавшиеся в результате восприятий с определенной избирательностью, с большей или меньшей тонкостью и эмоциональной окраской, в дальнейшем в соответствии с нашими желаниями могут быть оживлены в сознании. Результат оживления образов, воспринятых когда-то в прошлом, называется представлением. По сравнению с тем, что происходит при непосредственном восприятии, представление бывшего восприятия - далеко не копия его.

Во-первых, представления носят более обобщенный характер, так как отдельные конкретные черты предмета, некоторые малозначащие детали воспроизводятся неотчетливо или совсем исчезают. Во-вторых, представления могут иметь у разных людей неодинаковую степень яркости, тогда как реальные предметы воспринимаются примерно одинаково. В третьих, представления отличаются от восприятия еще и тем, что при них имеет место определенная фрагментарность, т.е. при оживлении представлений наш "мысленный взор" как бы скользит по объекту, в большей или меньшей степени периодически оживляя его отдельные детали, части. Четвертое представление разнится с восприятием еще и тем, что, однаж-164

ды активно вызванное усилием води, оно неустойчиво и способно исчезнуть. Новые усилия в этом направлении, разумеется, будут способствовать воссозданию образа вновь. Однако при вторичном вызывании он может уже несколько отличаться от первого представления: кое-что упускается, некоторые черты обобщены и т.п.

Представления всегда в достаточной степени индивидуальны и, как и восприятия, во многом зависят от особенностей личности, се установок и прошлого опыта человека, степени развитости его интеллектуально-мнестических способностей. Представление способно уходить из сознания также в соответствии с нашим желанием.

В познавательной деятельности представление занимает положение, промежуточное между восприятием и мышлением. В связи с тем, что представления воскрешают прошлый опыт в памяти или воображении, различают предстаялеиня помят" и представления воображения.

В некоторых случаях представления бывают особенно яркими, и несмотря на большой срок, истекший со времени контакта с объектом, они до мельчайших подробностей соответствуют образу бывшего восприятия. Такая способность зеркально точного воспроизведения в представлениях бывшего ранее восприятия называется эйдетизмам (от греч. eidos - образ). Эйдетики встречаются редко и чаще в детском возрасте. Это явление еще недостаточно изучено. Элементы эйдетизма, например зрительного, но выраженные в незначительной степени,

имеются у каждого человека. Различают эйдетизм зрительный, слуховой, тактильный и др.

Примером зрительного эйдетизма может служить следующий факт. Один из художников, живший в XVIII веке, работая с натурщицами, поступал следующим образом. Первый сеанс протекал, как обычно: натурщица садилась в кресло, художник в течение 30-40 минут набрасывал ее портрет. Для второго и всех последующих сеансов натурщица не требовалась. Зная о своих необычных качествах воображения, художник ставил кресло на прежнее место, располагался около мольберта и усилием воли вызывал образ натурщицы так, как будто она действительно сидела в кресле. Работа над портретом подвигалась так же успешно, как и в течение первого сеанса. Образ натурщицы в течение всего времени был столь же четким. Если кто-либо из посетителей студии случайно останавливался между пустым креслом и работающим художником, то он обращался с просьбой "отойти в сторону, чтобы не заслонять" эйдетический образ, помещенный воображением в кресло.

Следовательно', необычно выраженное эйдетическое качество состоит, во-первых, в особой четкости образа, во-вторых, в способности его произвольно вызывать.

Следовательно, рассмотренные нами выше ощущения, восприятия и представления - это последовательные стадии чувственного познания.

5. НАРУШЕНИЯ ощущеНИЙ, ВОСПРИЯТИЯ И ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

Нарушения ощущений, восприятия и представлений весьма многообразны.

Гипопатия и гиперпатия - следствие изменения чувственной окраски и появления своеобразных ощущений и восприятий (например, при гипопатии в области вкусового анализатора любая пища кажется безвкусной "как трава"). Акустическая гиперпатия характеризуется чувством дурноты, тяжести в голове, звуки человеческого голоса кажутся раздражающими и надоедливыми.

Часто встречается гиперестезия - повышение восприимчивости реальных раздражений, при этом порог раздражения понижается. Например, стук пишущей машинки оглушает больного, горящая свеча слепит и т.п.

При гипестезии (гипостезии) налицо понижение восприимчивости раздражений при повышении их порога. В этом случае человек почти не реагирует на укол, на ползающую по лицу муху и т.п.

Если анализатор не способен отвечать на раздражение, то это носит название анестезии (например, при анатомическом перерыве одного из периферических нервных стволов, в случае нарочито вызванного недеятельного состояния рецептора - при введении новокаина, внушенной анестезии и др.).

При нарушении нервных проводников, в частности сосудистой иннервации, могут возникать ощущения жжения, покалывания, стягивания кожи, ползанья насекомых - это парестезии.

Сенестопатии - постоянные неприятные ощущения "внутри тела" неопределенного характера и без точной локализации: "чувство шевеления, переваливания и перекатывания", "постоянные дребезжащие боли", "в ноге надуваются, передвигаются и лопаются пузырьки с газом" и т.п. Они крайне тяжело переносятся больными.

Иллюзиями называются ошибочные восприятия реального объекта. При этом неправильность познавательного акта не следует понимать как изменение восприятия лишь отдельных качеств и свойств реального предмета, например искажение формы, веса, величины, цвета, расстояния и т.п. Ошибочность при иллюзорном восприятии может состоять и в том, что вместо данного конкретного предмета, явления видится, слышится, осязается, обоняется совершенно иной

объект. Иллюзии разделяются, в частности, по органам чувств. Различают иллюзии аффективные, вербальные и парейдолические. Аффективные иллюзии наиболее часто возникают при страхе или тревожноподавленном настроении и отражают в своем содержании характер этих чувств.

166

Вербальные иллюзии могут способствовать ложному восприятию содержания реального разговора окружающих. Они также часто возникают на фоне тревожной подозрительности.

Французскими авторами были описаны парейдолические иллюзии, когда иллюзорные образы непостоянны и изменчивы, один образ "переходит" в другой, который в свою очередь сменяется третьим и т.д. Парейдолии возникают при общем снижении тонуса психической деятельности, особенно при состояниях легкого помрачения сознания.

Парейдолические иллюзии не следует смешивать с игрой воображения (например, когда человек, смотрящий на кучевые облака, в их контурах сознательно отыскивает и находит очертания различных предметов, фигур животных, архитектурных сооружений и т.п.). В отличие от иллюзий подобные переживания в соответствии с желанием человека могут быть задержаны и прекращены.

Иллюзии у здоровых людей своеобразны и объясняются частично объективными физическими законами природы, частично особенностями устройства и деятельности наших органов чувств, и иногда они связаны с психическими состояниями. Поэтому различают физические, физиологические и психологические иллюзии, хотя чаще они бывают смешанными.

Примером физической иллюзии является то, что ложка, погруженная с стакан с водой, кажется сломанной в том месте, где она выходит из воды. Объяснение данной зрительной иллюзии состоит в том, что преломляющие качества воздуха и воды весьма различии. Поэтому лучи, отраженные от нижней части ложки, преломляясь в воде значительно сильнее, чем в воздухе, создают впечатление, что опущенная в воду часть ложки расположена ниже, как бы "отломилась".

Известна иллюзия Аристотеля: при осязании плотного шарика боковыми и ладонными поверхностями перекрещенных для этого указательного и среднего пальцев кисти возникает ощущение двух шариков. Объяснение данной иллюзии следующее: прошлый опыт подсказывает человеку, что столь далеко отстоящие (3-4 см) участки кожи (латеральная поверхность среднего пальца и медиальная указательного) не могут одновременно участвовать в осязании одного маленького шарика, и даже необычное положение пальцев - перекрещенных между собой - не способно исправить этого "убеждения". Поэтому вывод может быть единственный - "шариков два".

Следующий пример иллюзии также связан с особенностями органа чувств. Человек смотрит из окна быстро движущегося поезда. Внезапно поезд остановился, но окружающие предметы - здание станции, деревья, люди, животные - продолжают в течение некоторого времени еще двигаться (в направлении, обратном ходу поезда). В данном случае имеют место оптические свойства глаза: зрительный анализатор как бы "настраивается" на восприятие непрерывного движения окружающего и вне-167

запно, подобно поезду, прекратить свою деятельность в этом направлении не может. Здесь играет роль явление инертности возбудительного процесса как следовой рефлекс.

Видов и категорий иллюзий, которые способны переживаться здоровыми людьми, множество, причем некоторые из них до сих пор не имеют удовлетворительного объяснения. Как и при любом акте восприятия, так и при иллюзорном играет роль общее состояние человека, прошлый опыт и др. Особенно располагают к иллюзиям состояния нарушенного сознания и колебания в эмоциональной сфере.

От иллюзий следует отличать миражи, когда в силу определенных атмосферных условий предметы отражаются в плотных слоях атмосферы и очертания их появляются в воздухе и некоторое время "висят на небосводе".

Нарушения сенсорного синтеза. Здоровый человек, воспринимая предметы и образы (по величине, форме, расстоянию и др.) объективной реальности, постоянно сопоставляет их с представлениями, имевшими место в прошлом, увязывает и синтезирует их во времени, пространстве и пр. Таким образом, правильность акта восприятия окружающего мира, своей личности и тела кроме ряда других причин зависит еще и от слаженной аналитико-синтетической деятельности (прошлой и настоящей) коры больших полушарий. Нарушения сенсорного синтеза можно подразделить на дереализацию и деперсонализацию.

Дереализация - искаженное восприятие окружающего мира (в том числе времени). В отличие от иллюзорного извращения восприятия при дереализации узнавание не нарушено и сущность объекта восприятия не меняется. Искажение касается лишь величины и формы, цвета и прозрачности, веса и консистенции, покоя и движения, положения в пространстве и расстояния, а также других свойств предметов, явлений. Дереализация может распространяться как на все окружающее ("мир стал подобен фотографическому снимку или декорации", "все застыло, остекленело", "все туманно, неопределенно, расплывчато"), так и на отдельные образы и объекты ("время остановилось" или "за одну секунду проносятся годы", "потолок стал выпуклым", "буквы вывески дрожат", "лица людей почернели", "огромный воробей" - макропсия, "мебель стала как игрушечная" - микропсш и т.д.). В последних случаях, если искажение, довольно определенное по своему характеру, касается лишь нескольких свойств предметов и поддается описанию, говорят о мета-морфопсиях.

Если же объект настолько изменен, что рассказать об этом почти невозможно, применяют термин дисморфопсия.

При некоторых психических и нервных заболеваниях незнакомая, впервые увиденная местность, обстановка кажется знакомой - явление deja vu или deja vecu (от фр. дэжа вю, дэж^ вэкю - уже виденное, уже пережитое). Обратная картина, когда привычная обстановка восприни-168

мается совершенно новой, носит название jamais vu (фр. жам^ вю - никогда не виденный).

Особенно волнуют больных такие дереализационные расстройства, как "отсутствие чувства времени" или своеобразное "прессование" событий, когда "за секунду проносятся годы, вся жизнь".

Еще больший отпечаток на восприятия накладывают явления типа деперсонализации. При этом возникают ощущения раздвоения личности, "отчуждения собственного голоса", переживание "лишних конечностей", их укорочения или увеличения, изменения их места, веса и другие так называемые расстройства схемы тела. При деперсонализации искажается также восприятие чувств и моральных установок.

В части случаев изменения типа дереализации и деперсонализации необходимо отличать от расстройств в других психических сферах, чаще всего с патологией мышления.

Как и некоторые из иллюзий, многие из нарушений сенсорного синтеза (например, метаморфопсии, расстройства "схемы тела") могут быть "исправлены" путем проверки, ощупывания. Большинство иллюзий после этого исчезают, нарушения сенсорного синтеза оказываются более стойкими. Больная рассказывает: "Я стала маленькой, с гномика, а когда иду рядом с подругой и прикасаюсь к ней, - воспринимаю свое тело таким же, как и раньше. Но не надолго, потом снова делаюсь маленькой".

Нарушения типа дереализации и деперсонализации, особенно стойкие, входят в компетенцию психиатра.

Существует и другая большая группа расстройств акта восприятия, при которых нарушено узнавание - агнозии (от греч. а - без, не, gnosis - знание). Неузнавание может касаться только зрительных объектов - оптическая агнозия. В этих случаях правильное восприятие может быть осуществлено путем ощупывания предмета или по характерному для него звуку. При агнозии слуха больной не узнает предмета по свойственному ему звуку, при тактильной - наблюдается неузнавание при осязании и пр. Иногда больные не узнают отдельных частей собственного тела (аутотопагнозия) или жв не отдают себе отчета в том, что у них имеется то или иное страдание (паралич, расстройство дефекации, нарушения речи - дизартрия и т.п.) - это анозогнозия. Видов агнозий довольно много. Подробным их описанием, исследованием и лечением занимаются нейропсихология и неврология.

Гаяяюцимвции - ощущения, восприятия, возникающие без реального объекта, "мнимые восприятия" (И.М. Балинский). Галлюцинации разделяются, прежде всего, на истинные и ложные (последние описаны В.Х. Кандинским в 1890 г.). Для обоих видов галлюцинаций характерно, что они появляются и исчезают помимо воли бального и что проверка (как при некоторых иллюзиях) невозможна. Кроме того, истинные галлюцинации отличаются следующими свойствами:

а) образы четкие, ясные, большей частью имеется субъективная уверенность в действительном существовании этих образов;

б) проекция галлюцинаторных образов всегда во вне. Свойства ложных галлюцинаций (псевдогаллюцинаций): а) субъективное переживание нереальности галлюцинаторных образов ("псевдообразы", "сделанные, подстроенные, не настоящие", "мысль овеществилась, слышу ее", "представление ожило, стало осязаемым"); б) проекция образов внутрь тела (не всегда).

Как истинные, так и ложные галлюцинации разделяются по органам чувств и могут быть простейшими или элементарными (шорохи, потрескивания - акоазмы, искры, полосы света - фотопсии), простыми (в пределах одного анализатора) и сложными (в пределах двух и более анализаторов). При слуховых галлюцинациях человек может слышать более или менее разборчивые слова (вербальные галлюцинации), значение которых то угрожающее и устрашающее, то характера насмешки, приказаний (императивные галлюцинации) или советов, иногда противоречивых (антагонистические галлюцинации). Голоса могут быть мужскими, женскими; раздаваться сверху, из-под подушки; периодически исчезать и появляться снова; ослабевать и усиливаться и т.д.

Зрительные галлюцинации бывают четкие и аделоморфные (расплывчатые), макро-и микропсические (лилипутные), перемещающиеся и неподвижные, немые и говорящие; иногда галлюцинаторные образы располагаются вне поля зрения (экстракампинные галлюцинации); некоторые больные видят самих себя (аутоскопические галлюцинации), другие не видят реальных предметов (отрицательные галлюцинации).

Особый вид галлюцинаций - висцеральные-, ощущение присутствия инородного предмета или животного в определенном месте тела ("в желудке сидит лягушка, чувствую, как она шевелится и прыгает").

Почти все виды галлюцинаций могут быть гипнагогическими или гипнопомпическими (при засыпании, при пробуждении, в темноте или на темном фоне), в виде навязчиво повторяющихся или стереотипных образов. Встречаются внушенные (например, постгипнотические) и психогенные галлюцинации, которые возникают через некоторое время после психической травмы и отражают ее содержание.

Изучение всего разнообразия галлюцинаторных переживаний относится к курсу психиатрии. Следует только помнить, что галлюцинации почти всегда

сопровождаются изменениями в сфере чувств и соответствующим поведением. Такие люди могут стать опасными и для самих себя, и для окружающих.

Так же, как и врачи, психологи и педагоги могут нередко столкнуться с кожным зудом, на который жалуется пациент или учащийся. В механизмах развития зуда еще много неясного. Отсутствие зависимости зуда от состояния других видов кожной чувствительности дает основание предполагать, что он представляет собой отдельный вид ощущения и имеет собственные механизмы возникновения, развития и исчезновения.

Кожный зуд - предвестник и спутник многих заболеваний, поэтому психологи и педагоги должны рекомендовать всем обращающимся к ним

с жалобами на кожный зуд пройти медицинское обследование у врачей-специалистов.

Кожный зуд МОЖЕТ наблюдаться при целом раде различных заболеваний и функциональных состоянии человека: при эмоциональном напряжении, неврозах, органических поражениях центральной и периферической нервной системы, нарушениях обмена веществ, деятельности желез внутренней секреции, болезнях печени, крови и т.д. В других случаях зуд МОЖЕТ быть связан с введением медикаментов (антибиотиков и сульфаниламидов, некоторых наркотических средств) или приемом определенного вида пищи (пряности, шоколад). Чаще всего зуд имеет место при заболеваниях кожи.

Установлено, что возникновение зуда сопряжено с последующими изменениями деятельности внутренних органов, в частности желудка. Особенно неблагоприятное влияние зуд оказывает на психику человека: больные становятся раздражительными, нетерпеливыми, подчас бывают злобны и гневливы. Контакт с такими людьми весьма затруднителен и требует определенного навыка и большого терпения.

В соответствии с последними данными можно предполагать, что механизмы развития зуда тесно связаны с нарушениями работы вегетативной нервной системы, в частности с гуморальными и сосудодвига-тельными факторами.

И все-таки больше всего неприятностей причиняют человеку расстройства восприятия в форме различных болей (невралгии, корешковые боли, фантомные, таламические и др.). Недаром страдающий человек называется больным, а само страдание - болезнью. Боли могут возникать и у здоровых людей (при прорезывании зубов, мышечные боли при перетренировке). Боль сопровождает (что считалось до последнего времени обязательным) родовой акт. Хронические или резкие острые боли изматывают человека, способствуют понижению настроения, угнетению волевых функций, замедлению интеллектуально-мнестической деятельности, а иногда могут привести к выключению сознания.

Установлено, что переживание боли сопровождается резким повышением мышечной активности и тонуса скелетных мышц. Одновременно учащаются сердцебиение и дыхание, повышается артериальное давление. Сосуды внутренних органов суживаются, сокращается селезенка. В момент ощущения боли расширяются зрачки. В последние годы выяснено, что боль усиливает обмен веществ в организме. Перечисленные и некоторые иные сдвиги являются выражением стимуляции жизненных сил организма человека.

Наоборот, деятельность тех органов и систем, которые не принимают непосредственного участия в осуществлении защитных реакций, при болевых раздражениях угнетается. Особенно это касается работы секре-торных органов: уменьшается отделение секрета желез кишечника, желудка, поджелудочной железы, печени; понижается лактация, задерживается моторика желудка и кишечника и др.

Все эти довольно характерные сдвиги обусловлены тем, что при болевых раздражениях прежде всего изменяется тонус нервной системы. Рефлекторное его повышение, в особенности симпатикотония, обеспечивает своевременную перестройку внутренней среды организма с целью мобилизации защитных сил. Характерно, что боль способствует понижению порога возбудимости зрительного и слухового анализаторов. Напротив, пороги тех видов чувствительности, которые не играют решающей роли в непосредственной защите организма, повышаются (тактильная, вибрационная, вкусовая и температурная чувствительность).

При значительной силе болевых раздражителей после короткого периода возбуждения защитных сил может наблюдаться угнетение активности организма. Это сопровождается падением тонуса цетральной нервной системы, замедлением работы сердца и легких, снижением обмена веществ. Исследования показывают, что в подобных случаях в коре больших полушарий головного мозга развивается запредельное торможение, имеющее охранительный характер и достаточную интенсивность и экстенсивность (с захватом подкорки).

Оба фактора, о которых говорилось выше, - кожный зуд и боль - должны учитываться, во-первых, с точки зрения особенностей поведения человека (возбужденное состояние, вынужденное положение конечностей, отклонения в речи, моторике и т.п.); во-вторых, некоторые люди по разным причинам склонны скрывать свои ощущения. В этих случаях психолог (врач, педагог) должен проявить наблюдательность и всеми мерами способствовать откровенности собеседника. Наконец, вследствие зуда или боли больные месяцами могут находиться в угнетенном состоянии, а иногда у них даже имеются суицидальные мысли. Многие для утоления боли или зуда прибегают к наркотикам. Все это следует учитывать в общении с людьми.

6. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ощущеНИЙ, ВОСПРИЯТИЯ И ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

Осмотр и наблюдение в некоторых случаях могут дать очень много. О наличии, например, гиперестезии и гиперпатии можно судить по особенностям реакций на некоторые раздражители: человек садится к окну спиной, просит собеседника говорить негромко, сам старается произносить слова тихо, полушепотом, вздрагивает и морщится при скрипе или хлопаньи двери.

При слуховых галлюцинациях больные затыкают уши (пальцами, ватой), накрывают голову подушкой; могут разговаривать с голосами, либо отвечая им целыми предложениями с соответствующей мимикой и жестами, либо произнося периодически (даже во время беседы с другим человеком) отдельные слова, восклицания. В этом случае смысл произносимых слов может совершенно не вязаться с темой разговора. Если "голос

вмешивается" в беседу, это можно иногда замеппъ: слова и предложения произносятся больным без необходимой интонации и соответствующего выражения лица, он как бы автоматически повторяет слова "голоса". При благоприятных обстоятельствах с "голосами" можно наладить "контакт", что послужит более углубленному изучению переживаний больного и может быть использовано в лечебно-диагностических целях.

В психиатрическую клинику был доставлен больной со слуховыми галлюцинациями, в которых его жене приказывалось ложиться на пол, стоять на одной ноге, висеть на руках на дверной раме и др. Сопровождвшая больного жена периодически выполняла "распоряжения голоса" уже в течение двухдней. Дежурным врачом было выявлено, что "приказы для жены передаются по рации", причем "приемником служат серебряные зубы больного". Случайное обстоятельство - наличие металлических зубов у врача - помогло ему вмешаться в "распоряжения" и освободить жену больного от необходимости совершения нелепых поступков.

Упомянутые в примере императивные галлюцинации вызывают необходимость установить за больным строгий надзор, а при разговоре соблюдать известную осторожность.

Не всегда больной со слуховыми галлюцинациями отвечает голосам. Бывает, что, уединившись где-нибудь в спокойном от шума месте, он сидит или стоит в напряженной позе, к чему-то сосредоточенно прислушиваясь, прячется под стол, кровать (при угрожающих слуховых галлюцинациях). Такого больного выдает живое выражение глаз, периодически пробегающая по лицу полуулыбка или выражение удивления, недовольства и пр.

Больного со зрительными иллюзиями или галлюцинациями определить значительно легче. Прежде всего бросается в глаза выражение лица - то веселое, то испуганное, с "бегающими глазами", живой мимикой.

Характерны резкие повороты головы, корпуса тела, постоянное или периодическое общее двигательное беспокойство, чувства страха, удивления и т.д. Подобные больные постоянно обращаются к персоналу за помощью: подводят к окну, в поисках галлюцинаторных образов предлагают вместе с ними заглядывать под кровати, за двери, иногда указывают на "массы насекомых", мелких животных, просят прогнать их, стряхивают с одежды. Иногда психомоторный синдром носит черты профессиональной деятельности: директор магазина "со всеми сотрудниками" оформляет к празднику витрину; портной сделает выкройки", систематически обращаясь к окружающим, принимая их за работников мастерской.

Осмотр полости носа у больного с обонятельными галлюцинациями может привести к обнаружению бумаги, ваты или специальных трубочек-фильтров, "предохряняющих" больного от неприятных, раздражающих запахов. Такие больные постоянно принюхиваются, подозрительно осматривают пол и стены помещения, пытаются всеми способами выбраться на свежий воздух, не всегда сообщая об истинной причине своих

поступков. Обонятельные галлюцинации мешают больному принимать пищу. Особенно характерен отказ от приема пищи при наличии вкусовых иллюзий или галлюцинаций.

Осмотр пациента с тактильными галлюцинациями тоже бывает обычно результативен, так как обилие "бегающих по телу насекомых", "передвижение в сосудах шариков, комочков, гусениц", наличие "волос и щепок во рту", вызывая зуд и жжение кожи "и под кожей", заставляют больных постоянно находиться в движении и предъявлять соответствующие жалобы. Многие пациенты протирают кожу различными жидкостями или пропитывают ими одежду, вскрывают вены, наносят себе другие повреждения. Характерны глубокие расчесы кожи, обширные участки гиперемии от частого трения.

Иногда странное поведение человека и необъяснимые на первый взгляд поступки связаны с нарушениями сенсорного синтеза, например при явлениях дереализации (человек в страхе "спасается от падающей стены"). При соответствующих вопросах пациенты обычно охотно описывают свои переживания.

Однако при многих расстройствах восприятия осмотр может не привести ни к каким положительным результатам. Тогда следует перейти к расспросу пациента: о травмах головы, о перенесенных в прошлом инфекционных и органических заболеваниях головного мозга, об ингок-сикациях (бытовых, производственных). Расспрашивая затем об окликах, мелькании в глазах, тактильных и других галлюцинаторных образах, ощущениях и о восприятии собственного тела, личности, необходимо тщательно следить за тем, как собеседник отвечает на вопросы (невпопад, с периодическими задержками - при слуховых галлюцинациях; избегает отвечать на некоторые вопросы - при склонности диссимулировать и т.п.). Показательны рассказы о "видениях", которые окружающие "почему-то не замечали". Учитывая культурный уровень некоторых пациентов, можно иногда расспросить о "привидениях" и др.

При необходимости дифференцировать нарушения восприятия с патологией других психических сфер обследование должно проводиться особенно детально и

тщательно, с привлечением всех возможных способов обследования, в том числе и экспериментально-психологических.

Сведения о нарушениях акта восприятия можно иногда добыть из писем или другой письменной продукции пациентов. При наличии художественных способностей пациенты могут отображать свои переживания в виде рисунков, схем.

Необходимость проверки акта восприятия у здорового человека может возникнуть, например, при прохождении медицинского освидетельствования с целью профотбора. В этих случаях выясняют степень отклонения того иди иного органа чувств от нормы. Для исследования используют шепотную речь, специальные таблицы с рядами букв и знаков (Крюкова, Головина, цветные таблицы Рабкина и др.), эстезиометры и др.

174

В неврологической и иных клиниках, когда налицо те или иные нарушения акта восприятия, применяют сложные психофизиологические методы, позволяющие выявить даже незначительные отклонения зрения, слуха, обоняния, различных видов чувствительности (криоскоп, перметр, скиоскоп; пробы Вебера, Ринне, Швабаха и пр.).

В экспериментальной психологии восприятие исследуют при помощи тахистоскопии (в настоящее время с этими же целями используются многофункциональные психофизиологические аппараты "Мнемотест", "Ритмо-тест" и "Бинатест"), разнообразных таблиц и рисунков. Например, применяются таблицы с изображениями предметов или их силуэтами, наложенными один на другой (таблицы Поппеяьрейтера): исследуемый должен узнать предмет, сказать, сколько он видит предметов, как они взаиморасполагаются и др. Можно использовать рисунки-схемы со зрительными иллюзиями, рисунки типа "фшура и фон", загадочные картиники и т.п.

В любом случае, проводя исследование ощущений, восприятий и представлений, всегда надо использовать комплексный подход, включающий в себя как экспериментально-психологическое (в том числе и инструментальное) исследование, так и - в особенности - беседу с испытуемым, собирание его жалоб и анамнеза, подробный расспрос о его ощущениях, восприятиях и представлениях. Глава 8 МЫШЛЕНИЕ И РЕЧЬ

1. ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Одним из первых ученых, которые подвергли вопрос о мышлении пристальному рассмотрению, был Аристотель. Его заслуга состоит главным образом в том, что он достаточно подробно проанализировал различные формы мышления, обосновал и вывел законы ясного, последовательно доказательного мышления. Многие его положения, выводы не устарели до сих пор, другие лежат в основе проводимых и сейчас исследований. Аристотель, однако, не раскрыл связи между процессом мышления и объективными условиями окружающего мира. Мышление для него было одним из проявлений деятельности "разумной души". Вообще, в своих работах Аристотель ограничился разработкой правил о необходимом порядке в человеческом мышлении, лишенном несогласованности и противоречий, т.е. исследованием законов формальной логики.

Работы в направлении изучения мышления в дальнейшем носили чисто эмпирический характер, вплоть до эпохи Ренессанса, когда наконец философы вновь вернулись к взглядам материалистов древности о том, что психическая деятельность - следствие работы головного мозга.

Отсутствие естественнонаучной основы при изучении процесса мышления явилось причиной того, что в течение сравнительно большого периода существовало противопоставление ощущений и восприятий явлению абстрактного мышления. Если при этом имелись различные точки зрения, то расхождения были лишь в отношении того, которому из двух процессов - восприятию или мышлению - следует придавать решающее значение. Французские материалисты, например, учили, что

основа познания мира лежит в ощущении, что "мыслить" - это значит "чувствовать", так как разум якобы представляет собой "усложненные ощущения". Это направление получило название сенсуализма (от лат. sensus - ощущение). Ученые, отстаивавшие противоположную точку зрения, полагали, что, наоборот, органы чувств человека дают весьма приблизительные представления о реальном мире. Поэтому лишь благодаря вмешательству своего разума мы имеем возможность познать окружающую нас действительность. Представители рационализма (от лат. ratio - разум) рассматривали мышление как автономную ассоциацию представ-177

лений, как чисто рациональный акт, свободные от непосредственного чувствования. Так, Дидро писал, что ощущения - это как бы "свидетели в судебном заседании, а разум, мышление - это судья, который сопоставляет показания свидетелей и выносит окончательное решение".

С выходом книги В. Джемса "Принципы психологии" (1890) начинает получать распространение прагматизм (от греч. pragma - дело), виднейшими представителями которого были Ф. Шиллер, Дж. Дьюи и А. Майер. Согласно прагматизму, наши понятия, идеи, теории не представляют собой в какой-то степени адекватное отражение явлений и процессов объективного мира. Они являются лишь орудиями, используемыми человеком в процессе творческой познавательной деятельности и в процессе применения опыта. Идеи - это всего лишь планы действия, но отнюдь не отражение реальной действительности. Вместе с тем наиболее истинными будут те идеи, которые максимально полезны.

С точки зрения прагматиков мысль истинна не потому, что она - результат отражения материального мира, проявления законов необходимости, а единственно вследствие оценки ее как нужной и полезной для человека.

2. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ МЫШЛЕНИЯ

Человек в своей познавательной и творческой деятельности не только ощущает отдельные качества объектов, воспринимает предметы и явления окружающего его материального мира и запоминает эти восприятия, но и выделяет то общее в каждом из явлений, предметов,что им присуще, находит отличия, устанавливает между ними связи и отношения. Познавательный процесс, начавшись с простого ощущения, продолжается далее в форме более сложных познавательных актов - восприятия, представления. Восприняв и сохранив воспринятое, сознательно оживив бывшие впечатления в виде представлений, человек с помощью мышления способен далее, отбросив конкретные особенности реальных предметов (явлений) и выйдя за пределы отдельных восприятий, подняться над ними. Беря за основу общие свойства предметов и явлений, вскрывая между ними связи и отношения, мышление, таким образом, является уже не непосредственным отражением действительности, а опосредованным.

Следовательно, мышление - это высшая форма отражения и познания человеком объективной реальности, установление внутренних связей между предметами и явлениями окружающего мира. На основе возникающих ассоциаций между отдельными представлениями, понятиями создаются новые суждения и умозаключения.

Выходя за рамки чувственно-наглядного, мышление расширяет границы нашего познания, помогает проникнуть в тот мир, который находится за пределами непосредственного восприятия. Иными словами,

мышление в его развернутом виде - это опосредованное отражение наглядно не данных отношений и зависимостей объектов реального мира.

В процессе мышления совершается ряд сознательных операций, имеющих целью разрешение специально поставленных задач посредством раскрытия объективных связей и отношений.

В то же время процесс восприятия невозможно представить без осмысления самого предмета, образа, явления - той материи, которая дана нам в ощущениях.

Следовательно, между обоими этапами единого познавательного процесса существует и прямая, и обратная связь.

Исследование процесса познания возможно лишь при учете как объективного, так и субъективного. Ибо познавательный процесс иногда не ограничивается картиной отраженного, но продолжается далее в виде его углубленного анализа и синтеза в широком смысле этих понятий.

Само познание есть процесс непрерывного движения от незнания к знанию, от знания менее полного к более полному. По мере развития общественно-производственной деятельности, достижений науки и техники люди приобретают все новые и новые знания, рождаются неизвестные ранее понятия, уточняются и изменяются старые. Отражение действительности становится все более и более точным и глубоким.

Как и при изучении иных психических функций, возможность подлинно научного исследования процесса мышления появилась с того времени, когда из работ И.М. Сеченова и И.П. Павлова стало ясно, что мысль - следствие установления рефлекторной связи между человеком и реальностью. Учение о высшей нервной деятельности во многом позволяет понять то, что происходит в головном мозгу мыслящего субъекта, а также уяснить, каким образом осуществляется взаимосвязь первых этапов познавательного процесса.

Вся совокупность высшей нервной деятельности человека объясняется согласованной работой нескольких систем головного мозга. При этом первой инстанцией является подкорковая область. Подкорковые системы вызываются к деятельности безусловными агентами из внешнего или внутреннего мира. Вторая инстанция - большие полушария головного мозга без лобных долей, а также без отделов, воспринимающих словесный раздражитель. Принцип работы мозга на этой инстанции: любой агент посредством временной (условной) связи может "подключиться" к той или иной безусловной реакции. Данная инстанция является носительницей непосредственных впечатлений - ощущений, восприятий и представлений. Это - первая сигнальная система.

Третья инстанция работает по принципу отвлечения от конкретных качеств воспринятых объектов и обобщает бесчисленные сигналы, поступающие из первых двух инстанций. На уровне третьей инстанции, названной в свое время И.П. Павловым второй сигнальной системой, происходит восприятие словесных раздражителей и замена приходящих сюда непосредственных сигналов действительности речью. Поэтому де-179

ятельность второй сигнальной системы слагается из функции лобных допей и трех анализаторов: речедвигательного, речеслухмого пречезритель-ного. Им соответствуют: построение речи и появление слов (как эквивалентной формы различных сигналов), далее - слово слышится, слово видится, пишется. Кроме того, вторая сигнальная система регулирует 'деятельность первой. Новые условные связи второй сигнальной системы могут образовываться вне зависимости от непосредственного раздражителя. ^Благодаря ее деятельности отражается не только прошлое и настоящее, но и предстоящее.

Физиологической основой мышления является интегральная аналитико-синтетическая деятельность коры больших полушарий, осуществляемая во взаимодействии сигнальных систем.

Таким образом, проследив путь сигнала, поступившего в мозг, можно уяснить, каким образом раздражения внешнего мира превращаются сначала в ощущения и представления и как в дальнейшем слово, включаясь в восприятие конкретных объектов, помогает выделять их существенные свойства, относить воспринимаемое к соответствующей категории и благодаря этому понимать его. Так осуществляется переход от первого этапа познания ко второму, от элементарного ощущения к сложному процессу мышления, когда образуются новые связи, которых не было в опыте мозга.

Физиологические основы механизмов мышления интенсивно разрабатываются научной шкалой Н.П. Бехтеревой.

3. МЫСЛИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Из совокупности простейших мыслительных процессов слагается сложная мыслительная деятельность. Она, как и всякая деятельность, может быть расчленена на отдельные мыслительные действия. В процессе одного мыслительного действия решается простейшая мыслительная задача. Но, как ни просто одно мыслительное действие, оно в свою очередь может быть разложено на ряд этапов, которые (конечно, условно) представлены на схеме.

Процесс мышления, будь то мыслительная деятельность или мыслительное действие, в своей основе имеет процессы анализа и синтеза, сравнения и обобщения, абстракции и конкретизации, с последующим переходом к образованию понятий.

Мыслительные операции едины, парны и обратимы: сравнение и противопоставление, анализ и синтез, абстракция и конкретизация, обобщение и систематизация (классификация).

Сначала у детей формируется сравнение и противопоставление - это элементарные операции, протекающие на уровне представлений. Они лежат в основе других мыслительных операций, а также могут определять целые системы наук (например - сравнительная анатомия).

180

Схема этапов мыслительного действия

ЗАДАЧА -"

Осознание вопроса (1) и Появление ассоциаций (2) (это два равнозначных "подэтапа") -"

Отсев ассоциаций. Появление предположения -"

Проверка предположения (не подтвердилось) -"

Появление нового предположения -"

Проверка (подтвердилось) -"

РЕШЕНИЕ ЗАДАЧИ -"

ДЕЙСТВИЕ.

Сравнение - установление сходства и (или) различия между объектами мышления. В процессе сравнения обнаруживаются те или иные существенные свойства предметов или явлений. Некоторые исследователи видят в сравнении самую существенную сторону работы мышления, ибо, рассматривая предметы с различных точек зрения, включая вещи в разнообразные комбинации, мы тем самым получаем возможность сопоставлять и сравнивать их и их отдельные качества в новых, необычных обстоятельствах.

Анализ - процесс "расчленения" предмета или явления на составные части. В основе анализа лежит наше стремление познать предмет глубже

181

посредством изучения каиздой его части в отдельности. Если конкретный анализ обычно преследует цель фактического разделения частей, то отвлеченный анализ - это уже стремление выявить сущность предмета или явления. Особенно

характерна познавательная направленность анализа у взрослого человека. Под отвлеченным анализом понимается мысленное разобщение объекта на отдельные части. При этом безусловно обязательным является участие речи, внутренней или внешней.

Как конкретный, так и отвлеченный анализ присущ человеку. Оба процесса совершаются в тесном взаимодействии, как бы дополняя друг друга. Так, врач, изучающий данные лабораторных исследований, прежде всего производит конкретный анализ. Однако параллельное осознание сущности соответствующих показателей, рассмотрение их с различных точек зрения - лечения, возможных осложнений и пр. - это уже элементы отвлеченного анализа.

Синтез - получение единого целого из отдельных составных частей. Не всегда сразу можно сказать,что подлежит объединению. Таким образом, уже хотя бы в этом видна самая тесная связь синтеза с анализом: прежде чем осуществить синтез чего-либо, требуется иногда предварительно определить, что же должно быть соединено. Эти взаимоотношения анализа и синтеза обычно лежат в основе процесса диагностики, когда налицо достаточно разнородные симптомы болезни, чаще - нескольких болезней. Вторая черта, которая роднит обе начальные операции процесса мышления, - разделение синтеза на конкретный (фактическое объединение частей) и отвлеченный. Далее, обе формы синтеза, как и в случае анализа, не противопоставляются, а обусловдивают одна другую. Подобно другим мыслительным операциям, анализ и синтез возникли в процессе трудовой деятельности. При этом их отвлеченным формам предшествовали конкретные. Анализ и синтез протекают целостно.

Обобщеиме - сведение частного к общему - имеет место вслед за тем, как человек, проанализировав материал и путем сравнения изолировав отдельные детали, свойства, из числа этих последних начинает выделять то общее и главное, что может быть характерным для определенного круга предметов и явлений, составляющих материал мышления. Обобщение имеет место и при самых простых мыслительных актах, а по мере развития ребенка приобретает все более и более содержательный характер, так как со временем начинает опираться на анализ, синтез и сравнение. Чем теснее связь обобщения и этих трех предварительных операций, чем меньше эмпиризма, тем глубже сами обобщения.

Абстракция - отвлечение от отдельных конкретно чувственно-образных свойств объекта. Возможность ее возникает лишь после того, как человек найдет и исключит все случайное, частное и несущественное в предмете, явлении. Следует подчеркнуть, что в процессе абстракции (лбра-сывается лишь сугубо частное. Многие индивидуальные особенности остаются и играют роль в дальнейшем акте мышления.

182

Например, предполагая у больной возможность внутреннего кровотечения, мы при оценке анализа мочи не принимаем во внимание ее высокого удельного веса, что может быть связано с наличием менструаций, а эозинофилию склонны приписывать гельминтозу. Абстрагируясь в связи с нашим предположением о внутреннем кровотечении от этих двух показателей, мы сосредоточиваем свое мышление на оценке иных проявлений, как раз свойственных данной патологии. - артериальной гипотонии, похолоданию конечностей, слабому пульсу, картине анемии (уменьшение содержания гемоглобина, эритроцитов), учитываем оглу-шенность сознания больной, периодически наступающую тошноту, головокружение и пр.

Необходимость конхретизации появляется иногда в том случае, если нужно какое-либо положение показать, раскрыть на примере действительно существующего в объективном мире предмета, явления. Конкретизации принадлежит немалая роль в познавательной деятельности человека, в том числе в педагогическом процессе. Применение принципа конкретизации помогает связать в сознании учащихся теорию и практику.

Так, рассказывая студентам об общих закономерностях развития водянки головного мозга, преподаватель подчеркивает при этом диагностическое значение

повышенного внутричерепного давления и указывает на возможность изменения вещества костей черепа. С целью большей наглядности преподаватель демонстрирует соответствующего больного, его краниограмму (рентгенограмму костей черепа), данные исследования глазного дна.

4. РЕЧЬ

Все охарактеризованные выше мыслительные операции - анализ и синтез, сравнение и противопоставление, обобщение и систематизация, абстракция и конкретизация - и составляют основу всякого мышления, а вместе с тем и основу образования понятий, выраженных словом.

Понятие является основным элементом мышления. Понятие - это отражение в сознании человека общих и существенных свойств и качеств предметов и явлений. Мышление, перерабатывая богатый материал чувственного восприятия, подвергая его рациональной обработке, дает знание общего в явлении. В понятии находит свое выражение познание внутренней сущности данного конкретного предмета. Процесс рождения понятий - сложный процесс обобщения данных опыта, итогов всестороннего изучения предметов, явлений. Понятие образуется на основе практики людей. В понятии отражается наше знание предметов реального мира, знание существенных признаков, чтобы, с одной стороны, установить связь данного объекта с тем общим, что свойственно определенной группе предметов и явлений, сходных с данным объектом, с другой - отличить наш объект от всего остального.

Формируются понятия на основе восприятий и представлений. Разница между представлением и понятием состоит в том, что если представление отражает определенный предмет, то понятие отражает лишь общие и главные свойства однородной группы предметов.

Понятия могут быть: общими и единичными, конкретными и абстрактными, непосредственными и опосредованными, положительными и отрицательными. Понятия характеризуются содержанием и объемом.

Непременные свойства всех без исключения понятий - это их формирование через язык. Без речи, слов невозможно как образование, так и существование понятий. В то же время, тесная связь понятий и языка заключается в том, что результаты познавательной деятельности человека способны закрепляться только в языке. Поскольку разнообразные отношения между предметами и явлениями могут быть выражены в языке лишь в виде понятий, не подлежит сомнению, что именно в них и выражается наше знание реального мира.

Уровень научных знаний в различных областях позволяет до определенного предела проникнуть в сущность большинства явлений. Понятие всегда соответствует эпохе и имеет в каждом конкретном случае свою глубину и точность. Люди, принадлежащие к различным слоям общества, профессиям, возрастным группам, с неодинаковым уровнем знаний и опыта об одних и тех же явлениях действительности имеют в какой-то мере разные понятия. При общении между собой люди используют не все содержание понятия, а лишь некоторую часть его, известную всем членам общества (понятиям придается примерно одинаковое значение). Для целей общения между людьми этого в большинстве случаев бывает вполне достаточно.

Язык - главнейшее средство общения между людьми, а способ, использования языка - это наша речь. Любая мысль, любое понятие могут быть выражены словом. Более того, речевые конструкции не только передают ту или иную мысль, но и уточняют ее для говорящего. Таким образом, связь мышления и языка самая тесная, хотя ее и не следует понимать как тождество. Ибо иногда случается, что одно и то же слово или несколько слов связываются в нашем представлении с разными понятиями. В иных случаях, наоборот, одно и то же понятие может быть выражено разными словами. Речь не создает мыслей, она является лишь средством их формирования. Л.С. Цветкова выделяет следующие функции речи:

- коммуникативная функция - обеспечивает активность и направленность процесса общения;

- регулирующая функция - обеспечивает регулирование человеком своего собственного поведения, организацию и связывание других психических процессов;

- обобщающая функция - обеспечивает функционирование системы средств общения.

Эти функции речи характеризуют ее как психический процесс, они присущи как речи, так и языку. Речь принадлежит конкретному человеку, а язык - народу.

Существуют и специфические, присущие только речи, функции. К ним относится, в частности, эмоционально-выразительная функция, впервые описанная С.Л. Рубинштейном. Содержание этой функции сводится к истолкованию выразительных компонентов речи (мимика, жесты, интонация и т.п.), помогающих раскрывать смысл высказываний и являющихся их важными компонентами. Эмоционально-выразительная функция речи является одной из важных предпосылок социального интеллекта человека (в понимании Э. Торндайка, Дж. Гилфорда). Другой присущей только речи функцией С.Л. Рубинштейн считал обозначающую функцию, т.е. функцию передачи и понимания предметного содержания.

Различают внешнюю (устную, письменную) и внутреннюю речь. Как та, так и другая оказывают на мышление определенное влияние. При внутренней речи, когда мы мыслим "про себя", отмечаются так называемые идеомоторные движения мускулатуры речевых органов, хотя они и не воспроизводят в это время звуков. Особенно важна роль языка, слова при образовании абстрактных понятий, т.е. понятий, которые не могут быть сведены к представлениям даже в самой общей форме. Например, у человека никогда не возникает даже отдаленных представлений в тех случаях, когда он слышит такие слова, как "мнение", "диагностика", "скорость", "время", "совесть", "признательность" и т.п. Подобные понятия представляют собой конденсацию знаний, непосредственно связанных с тем кругом явлений, предметов, которые в них входят. Чувственные образы, создавшие абстрактное понятие, отступают далеко на задний план. И в зависимости от того, как далеко они отошли, понятие и будет либо более, либо менее абстрактно. Понятий, лишенных чувственной основы, не существует, хотя мы это и не всегда осознаем. Чувственной основой абстрактных понятий являются слова, их обозначающие.

Значение понятий, конкретных и абстрактных, для процесса мышления весьма велико. Если их формирование происходит в процессе различных мыслительных операций - синтеза, анализа и других, то сами понятия являются тем "инструментом", которым оперирует мышление. В результате мыслительной работы рождаются суждения, образуются умозаключения. Именно в том и состоит процесс мышления, чтобы образовать новые выводы, - в форме суждений и следующих за ними умозаключений.

Суждение - это утверждение или отрицание чего-нибудь. В самом суждении как некой законченной мысли можно выделить две части: подлежащее, т.е. то, относительно чего в суждении что-нибудь утверждается или отвергается, и сказуемое, т.е. словесное выражение утверждения или отрицания. Другими словами, сказуемое отражает наличие или отсутствие того или иного свойства данного предмета или явления. Например, "некоторые болезни излечимы" (утвердительное суждение) и

"некоторые болезни неизлечимы" (отрицательное суждение). В обоих случаях подлежащим будет "некоторые болезни", сказуемым в первом случае "излечимы", во втором - "неизлечимы".

Говоря своими суждениями "да" или "нет", человек наряду с констатацией какого-то положения, явления, устанавливает свое отношение к объекту суждения. Суждение является основным актом или формой, в которой совершается мыслительный процесс, ибо мыслить - это прежде всего судить. Всякий мыслительный процесс выражается в суждении, формирующем его предварительный итог.

Умазаключение рождается вследствие сравнения двух или нескольких суждений. Умозаключение - это вид суждения, логическое следствие сопоставления суждений, полученных в ходе предварительного мыслительного процесса. Включая ряд операций, подчиненных единой цели, умозаключение заканчивает собой процесс мышления, выступая в качестве окончательного вывода. Следовательно, весь процесс мышления представляет собой цепь непрерывно следующих одно за другим суждений и умозаключений.

Если в своем умозаключении человек идет от отдельных частных суждений к общему, то такое умозаключение носит название индуктивного (от лат. in - внутрь, duco - вести).

Пример индуктивного умозаключения: теплый предмет, приложенный к коже, вызывает реакцию сосудов в виде их расширения - кожные покровы краснеют, некоторые чувства-стыд, радость и др., сопровождающиеся ваготонией, приводят к тому, что лицо человека становится красным; введение лекарственных препаратов, таких как серно-кислая магнезия, никотиновая кислота, вызывая расширение кровеносных сосудов, способствует гиперемии эпидермиса. Следовательно, причина покраснения кожи вообще - наличие в сосудистом русле сравнительно большого количества крови, что связано с расширением кровеносных сосудов.

Индуктивному умозаключению противопоставляется дедуктивное (от лат. de - из). При дедуктивном методе человек, исходя из общих положений и применяя их в данном конкретном случае, приходит к частным выводам, умозаключениям.

Пример: психотерапия показана больным неврозами: истерия есть невроз. Следовательно, при истерии показана психотерапия.

По характеру - глубине, широте охвата, самостоятельности, степени соответствия истине, - данной ситуации суждений и умозаключений, являющихся конечными результатами процесса мышления и завершением сложных мыслительных операций, мы имеем возможность судить об интеллекте человека.

Наша мысль, выраженная в форме того или иного суждения, умозаключения, является ответом на воздействие объекта, ответом, опосредованным сложнейшей аналитико-синтетической деятельностью головного мозга. Эта деятельность протекает с использованием запасов памяти:

наших знаний, прошлого опыта и навыков - "материальных ресурсов" процесса мышления. Однако богатый запас знаний еще не предполагает продуктивного мышления и не может обеспечить неизменный успех в деятельности человека. Ибо мыслительный процесс - это еще и многообразные, и многоступенчатые сложные операции, положительные качества которых во многом зависят от навыков умственной работы, умения рационально подходить к различным типам мыслительных задач. Кроме того, первостепенное значение здесь имеют волевые функции мыслящего субъекта, желание и стремление приступить к той или иной мыслительной операции, провести ее на должном уровне и закончить в соответствии с заранее разработанным планом. С такой точки зрения воля - это "энергетические ресурсы" процесса мышления. Чем выше волевая активность человека, тем продуктивнее протекает мышление.

Не последнюю роль в мыслительных процессах играют и чувства. Стенические эмоции способствуют мышлению - придают ему инициативность, облегчают возникновение ассоциаций. Эмоции астенические, наоборот, способны

дезорганизовать мысль и лишить ее последовательности, затруднить течение интеллектуальных процессов. Пониженное настроение, как правило, замедляет мышление. Важную роль играют те чувства, которые возникают в течение самого процесса мышления. Они бывают связаны с чувством уверенности, переживанием соответствия (или несоответствия) возникающих у нас мыслей и объективной ситуации, в частности реакции со стороны слушателей, наблюдателей.

Если наши чувства способны сообщить процессу мышления изменения лишь временного характера, преходящие и отражающиеся преимущественно на его форме, на внешних проявлениях, то наши жизненный опыт, знания, навыки придают мышлению значительно более стойкие качества. Развитие человеческого мышления немыслимо вне обучения, ибо одно из важнейших качеств нашей психики состоит в том, что она представляет собой продукт усвоения и последующей передачи опыта предшествующих поколений.

На основе философских принципов теории познания мышление изучается логикой и психологией. Логика изучает закономерности мыслительной деятельности - логические формы мышления: понятия, суждения и умозаключения. Психология изучает закономерности протекания мыслительных процессов.

5. ВИАЫ МЫШЛЕНИЯ

В психологии различают в основном три вида мышления: наглядно-действенное (конкретно-наглядное), образное и абстрактно-логическое (теоретическое). Два первых вида объединяют названием практического мышления.

Наглядно-действенное мышление реализуется преимущественно во внешних действиях, а не в словесных формах, которые вплетаются в не-187

го лишь в качестве отдельных элементов. Наглядно-действенное мышление, как правило, приковано к конкретной ситуации и в значительной степени опирается на деятельность первой сигнальной системы, хотя его связь со второй сигнальной системой несомненна. Однако ее сигналы - слова - здесь лишь констатируют, а не планируют. Наглядно-действенное мышление, представляя собой и филогенетически, и онтогенетически начальный этап логического мышления, предполагает дальнейшее развитие и переход к мышлению образному.

Зачатки наглядно-действенного (и образного) мышления свойственны и высшим животным.

Вот пример наглядно-действенного мышления, взятый из опытов с обезьянами. Эксперимент состоит из двух этапов. Сначала на некотором расстоянии от обезьяны кладут фрукты и между животным и фруктами разводят огонь. Взять лакомство, не потушив огня, невозможно. Рядом с обезьяной ставят пустое ведро, сбоку находится сосуд с водой, причем обезьяна из прошлого опыта знает, что, отвернув кран, она сможет получить воду. Неоднократно воспроизведенная обстановка опыта приучает обезьяну пользоваться ведром и водой для гашения огня. Затем появляется возможность достать, наконец, приманку. Обстановка второго этапа эксперимента: между животным и фруктами разводят огонь, ведро стоит на прежнем месте, воды в банке нет, но опыт проводят на небольшой площадке, со всех сторон окруженной водой. Обезьянка неоднократно выполняет серию описанных выше действий, бегает по острову с пустым ведром, приходит в состояние возбуждения и т.п., но по причине невозможности мыслить отвлеченно не "догадывается" зачерпнуть воду из бассейна.

Образное мышление - это "мышление через представление". При этой форме у человека (обычно это дети младшего школьного возраста) в уме выстроен ряд образов - последовательных этапов предстоящей деятельности. План решения мыслительной задачи выработан заранее, известно, как приступать к работе, что делать в дальнейшем. В построении плана решения задачи обязательно участвует и логика, хотя еще и не достигшая совершенства. Образное мышление имеет непосредственную связь с речью, причем ее грамматические формы выполняют планирующую родь.

Абстршатю-логтескм мышление оперирует с понятиями, суждениями, символическими и иными отвлеченными категориями. Значение понятий особенно четко проступает на примере мышления глухонемых. В настоящее время экспериментально установдено, что глухонемые от рождения обычно не поднимаются до уровня понятийного мышления. Они ограничиваются отражением преимущественно наглядно данных признаков, т.е. пользуются средствами наглядно-действенного мышления. Лишь при условии овладения речью, т.е. с того времени, когда возникают понятия и у глухонемых появляется возможность ими оперировать, их мышление становится понятийным - абстрактно-логическим.

188

Абстрактно-логическое мышление является наиболее глубоким и эффективным, но предполагает наличие достаточных знаний и навыков. Абстрактно-логическое мышление свойственно взрослому человеку и имеет в основе деятельность второй сигнальной системы.

Характеризуя отдельные виды и весь процесс мышления человека в целом, следует подчеркнуть, что если наиболее простая форма - наглядно-действенное мышление - уступает в дальнейшем место образному, а оно в свою очередь - абстрактно-логическому, то каждый? из этих трех видов принципиально отличается от других и характеризуется своими собственными особенностями. Все три вида связаны генетически и с диалектической точки зрения представляют собой степени перехода количества в новое качество. Однажды возникнув, новое качество, однако, не только не исключает свойств предыдущего вида мышления, но, наоборот, предполагает их использование, хотя и в виде подсобного, подчиненного средства.

Работа хирурга стала бы, вероятно, невозможной, не обладай он способностью наглядно-действенного, а в равной степени и образного мышления. Только совместная работа всех видов мышления приведет к действительному познанию целей и задач оперативного вмешательства. Четко представляя себе взаиморасположение органов и возможные патологические изменения в определенном месте, хирург намечает план предстоящей работы, руководствуясь при этом своими знаниями и опытом прошлой оперативной деятельности. Мысленно проследив пути подхода к пораженному органу и подвергнув анализу возможные препятствия и вероятные осложнения, в чем ему помогает память, в которой всплывают некоторые ситуации из прошлого, т.е. активно использовав возможности всех видов мышления, хирург наконец приступает к выполнению операции. В ходе операции различные виды мышления переплетаются еще более тесно, взаимно друг друга обусловливая, причем вопросы практического порядка, возникающие во время операции, иногда носят столь сложный характер, что далеко превосходят по своей важности и удельному весу многие конкретные теоретические задачи, стоящие перед хирургом.

Таким образом, успешные результаты нашей практической деятельности, в частности работы хирурга, возможны лишь при участии всех трех видов мышления и при условии достаточно развитых практических навыков. Другими словами, содержание, характер и успех выполнения мыслительной, а следовательно, и практической задачи зависят от уровня развития человека, степени его практической подготовки и характера течения процессов мышления. Все это находит свое конкретное выражение в различных соотношениях ощущений, восприятий, представлений, понятий и слов, внешних и внутренних действий, имеющих место в ходе решения поставленной задачи.

189

Индивидуальные особенности мышления проявляются в качествах ума: самостоятельности, доказательности, глубине, гибкости, пытливости, быстроте, творчестве.

В связи со сказанным надо коротко коснуться понятия интуиции, которая со времен Платона рассматривалась как внезапное открытие, озарение, свойственное

лишь небольшому числу "избранных". Интуиция трактовалась в виде особого дара предчувствия, предугадывания, "вне-чувственного познания", некой мистической творческой активности (А. Бергсон). Возникшее впоследствии крайнее направление этой теории - интуитивизм - категорически отрицало какую-либо роль практики в творческой деятельности человека. Предполагалось, что природа созидательных действий, изобретений и иных актов человеческого творчества находится за границами познания. И там, где возникает стремление вникнуть в процесс творчества, творчество автоматически прекращается.

С подобными рассуждениями на страницах печати можно встретиться до сих пор. Теоретики интуитивизма, ложно истолковывая законы физиологии и психологии, тем самым грешат не только против науки, но и против практики, которая каждый день, каждый час предлагает нам примеры, позволяющие наглядно убедиться в противоположном.

Интуиция - результат наиболее благополучного, оптимального сочетания факторов и обстоятельств, которые так или иначе способствуют мыслительному процессу. К.К. Платонов, изучавший этот вопрос, считает, что интуиция - это обобщение сознанием ряда мелких, порознь трудно учитываемых фактов, делающееся на основе большого опыта в данной области. По мнению Б.М. Теплова, к сказанному следует прибавить исключительную скорость мысли при интуиции. В результате - "открытие и озарение" - почти мгновенные умозаключения, тонкие и глубокие по содержанию.

6. НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Первую классификацию расстройств мышления в психопатологии дал В. Гризингер (1845), выделивший расстройства мышления по форме и по содержанию; к первым он относил ускорение и замедление мышления, а ко вторым - бред. Такое деление патологии мышления сохранилось с некоторыми изменениями и до нашего времени, хотя любое деление расстройств мышления на группы, как и всякая классификационная схема, является условным.

При ускорении мышления ассоциации поверхностные, количество их, возникающее в единицу времени, увеличено, они преимущественно механические (по сходству, смежности и пр.). Больной отвлекается от основной мысли, легко переключается с одной мысли на другую, не

заканчивая ответа. Иногда возникает целый "вихрь идей". Если такая "скачка мыслей" происходит помимо воли больного, то это носит название ментизма. Ускорение мышления проявляется и в ускорении речи, что обозначается как тахилалия.

В случае замедленного мышления количество ассоциаций, возникающих в единицу времени, уменьшено, их возникновение замедлено, мысли, по словам больных, "ворочаются, как жернова", тяжело и "нехотя". Замедленная речь, когда слова произносятся с большими интервалами, называется брадилалия (в отличие от спигофазии, при которой затруднения речи связаны не столько с замедлением ассоциативного процесса, сколько с его обеднением, невозможностью быстро вспомнить, подобрать необходимое слово).

У некоторых больных на фоне неизмененной скорости мышления (или замедленного, или ускоренного) периодически возникают кратовре-менные перерывы, задержки, во время которых мысли отсутствуют совершенно - шперрунг.

Своеобразная форма замедления - обстоятельность. В этом случае речь может быть обычной по темпу, однако переход от одной мысли к другой совершается крайне медленно из-за "топтания" вокруг несущественных обстоятельств и излишне подробного описания фактов и событий, не имеющих прямого отношения к основной теме рассказа.

Замедлению мышления способствует также персеверация, т.е. повторение иди систематическое возвращение к одной и той же определенной теме. Персеверация может проявляться как в ответной речи, так и в спонтанном повествовании.

При нарушении грамматической стройности мышления (речи) могут быть не связанными между собой отдельные мысли и предложения (разорванное мышление), словосочетания (бессвязное мышление) или слова и даже слоги (инкогеренция, словесные "салат", "окрошка"). Бессмысленная игра словами, с нанизыванием одного слова на другое и произнесением ряда сходных по звучанию слов, часто совершенно бессмысленных, называется вербигерацией (например: "весть, ресть, жесть, лесть, несть, бесть, честь" и т.д.).

Нарушаться может и логическая стройность мышления: предложения построены грамматически верно, однако суждения основаны на ошибочной предпосылке, умозаключения идут вразрез со здравым смыслом, формальной логикой и практикой (паралогическое мышление, например: "карандаш шестигранный, твердый, потому что днем он освещается солнцем, а ночью луной").

Стройность мышления может изменяться и в связи с одновременным возникновением двух взаимоисключающих идей (амбитендентность мышления).

Многие больные, избрав определенную тему, никак не могут от нее оторваться. Употребляя банальные сравнения, применяя всем известные

характеристики и "всесторонне освещая вопрос", приводя доводы, абстрактные рассуждения, софизмы, больные по существу занимаются "пустословием на заданную тему". Такое мышление называется резонерством (патологическое или бесплодное мудрствование). Резонерство не может привести к познанию объективной реальности, оно бессмысленно. Например, на вопрос "что такое стол?" больной отвечает так: "стол - название непосредственно общежитейское. Предметы по отношению друг к другу будут считаться как мертвые. По сравнению с природой можно сказать, что стол делают из дерева, а дерево растет и развивается, оно существует в природе. Здесь оно погублено и несуществующее, стоящее определенным предметом. Оно имеет в виду качество и количество".

Объектами аутистического мышления являются исключительно внутренний мир больного, его переживания. Такие больные замкнуты и недоступны, а если и вступают в беседу, то вскоре переводят разговор на тему собственных мыслей и представлений, не имеющих реальной проекции и оторванных от действительности.

Богато клиническими проявлениями символическое мышление. Здоровые люди, воспринимая и оценивая предметы, образы реального мира, направляют свои мысленные взоры на наиболее важные и ценные с практической точки зрения свойства и качества и затем соответственно используют объект восприятия (например, цифра 7 служит для обозначения определенного количества предметов). При символическом мышлении больной обращает основное внимание на свойства, имеющие второстепенное значение, придавая им особый смысл. Например, та ЖЕ цифра 7 оценивается больным как символ: "ни Богу свечка, ни черту кочерга" ("горизонтальная линия цифры не МОЖЕТ быть свечкой, ибо к ней присоединена наклонная. Обе линии - похожи на кочергу, но, к сожалению, перечеркнуты. Стало быть - ни черту кочерга"). Так как фамилия больного состоит из 7 букв (Шутенко), а в прошлом он неоднократно "слышал голос" о том, что он "станет властелином мира", то цифра 7 и все ей равное или кратное имеет "определенный смысл и говорит о том же самом". Тут и некоторые слова из семи букв (планета, спутник и др.), и ряд пословиц (семи пядей во лбу), и суммы букв двух слов, имеющих между собой известную связь (Адам - Ева, Бог - черт и др.).

Своеобразный взгляд на мир больного с символическим (разорванным, аутистическим и др.) мышлением приводит к тому, что, будучи не в силах подобрать подходящие слова для обозначения некоторых собственных

представлений и понятий, больной вынужден изобретать новые слова-символы - неологизмы (например, словогромкость и т.д.).

Нарушение содержания, продукции мышления проявляется в виде различных идей, в большей или меньшей мере не соответствующих действительности: навязчивых, сверхценных и бредовых.

Навязчивые идеи не только не соответствуют действительности, но часто противоречат ей, нередко нелепы по содержанию. Тем не менее

192

больной не в состоянии от них освободиться. Навязчивые мысли, как правило, сочетаются с другими навязчивыми явлениями (обсессиями) - навязчивыми представлениями, сомнениями, воспоминаниями, счетом, запоминанием, действиями, влечениями, страхами и т.п. Все они без исключения оцениваются больными правильно, "как они того заслуживают", и осознаются как нечто лишнее и постороннее, привнесенное извне. Поэтому выполняются лишь те навязчивые мысли, желания, действия и пр., которые не причиняют ущерба здоровью окружающих и не противоречат общепринятым моральным и этическим нормам (например, навязчивое мудрствование, пересчитывание, мытье рук). Часто навязчивые мысли и желания возникают лишь в обстановке, исключающей возможность их выполнения (контрастные обсессии). Серия навязчивых действий, выполняемых в определенной, раз навсегда установленной больным последовательности, называется ритуалам.

Сверхценные идеи (переоцениваемые, доминирующие) всегда имеют какое-то реальное основание, психологическую проекцию вовне, т.е. основаны на действительных фактах, обстоятельствах, которым, однако, больной придает слишком большое значение. Несоответствие истинной ценности факта и мнения о нем больного им самим не осознается. Поэтому развивается кипучая деятельность в связи с имеющейся у больного сверхценной идеей (например, изобретательства, ревности, необычных качеств собственной личности). В обыденной жизни эти больные почти не отличаются от здоровых людей: ходят на работу, участвуют в общественной деятельности и различных мероприятиях, занимаются садоводством, спортом и др. Критика своих неверных идей отсутствует, что не мешает больным замечать скептические взгляды и насмешки окружающих. Поэтому свои занятия (переписку с учреждениями, посещения руководящих работников, редакций газет и пр.) такие люди тщательно скрывают и выбирают для них преимущественно свободное от других дел время.

Бредовые идеи - бред - неверное умозаключение, не поддающееся разубеждению и возникающее в связи с болезнью. Описываются острый бред (например, при делирии), хронический (например, алкогольный параноид) и осциллирующий (затухающий и периодически обостряющийся). Первый обычно не имеет определенной системы, второй - почти всегда систематизированный. Бред в своем развитии проходит несколько стадий:

а) бредовое настроение (настороженность)', больной в тревоге, он чего-то ожидает и среди образов и явлений окружающего мира постоянно ищет подтверждение своим опасениям, объяснение наступившей с некоторых пор "внутренней несвободы";

6) бредовое восприятие~. некоторые из окружающих больного предметов и лиц воспринимаются им "особенно", хотя больной ничем этого выделения пока объяснить не может;

193

в) бредовое толкование, "особенно" воспринятое все больше и больше начинает объясняться больным, приобретает определенный смысл и значение;

г) кристаллизация бреда (И.М. Балинский): воспринятое и истолкованное бредовым образом организуется в систему, приобретает стройность и законченность (больному "теперь все стало ясно");

д) исчезновение бреда, спонтанное, связанное с лечением или с демен-цией.

Источником, основой для образования бредовых идей могут стать сверхценные идеи, а также галлюцинации. Иногда бред - единственное остаточное явление только что перенесенного психоза (например, дели-риозного помрачения сознания) - резидуальный бред.

По содержанию бред может быть весьма разнообразен: преследования (разновидности - химического, физического, гипнотического воздействия; отравления; обвинения; ущерба; обворования и др.); самообвинения, отношения (все или некоторые лица, предметы имеют к больному определенное отношение); одержимости ("внутри тела сидит бес, что хочет, то и делает, даже говорит моим голосом"); метаморфозы (больной, по его мнению, превратился в собаку - кинантропия, в волка - ликантропия и др.); величия; богатства; знатного происхождения и др.

Содержание бреда в некоторых случаях может видоизменяться (трансформация бреда). Иногда собственные бредовые мысли и переживания приписываются больными окружающим людям (транзитивизм бреда). В одних случаях при бреде преобладают элементы рассуждений и умозаключений (бред толкования), в других - конкретные образы (образный бред). В происхождении бредовых идей определенную роль играет основной фон настроения (кататимный бред). Некоторые чувствительные люди, обладающие повышенной ранимостью, собственные переживания интерпретируют бредовым образом (сенситивный бред).

Бред, как и другие формы нарушения мышления, наиболее часто встречается в психиатрической практике - и как составная часть какого-либо синдрома, и как более или менее изолированная психопатология. В последнем случае различаются в основном два синдрома: параноидный (включает систематизированный бред и соответствующие изменения в поведении и настроении) и паранойяльный (систематизированный бред при отсутствии нелепых суждений и галлюцинаций - своеобразная патологическая интерпретация реальных фактов, событий).

Бред и выраженные расстройства психики в других сферах сочетаются в разных комбинациях. Например, депрессивное настроение, сосуществуя с бредовыми идеями, образует депрессивно-параноидный синдром.

В синдроме галлюцинаторно-параноидном сочетаются бред и галлюцинации или другие расстройства акта восприятия, которые часто поддерживают бредовые идеи. В зависимости от характера бреда и галлюцинаций различают ипохондрический галлюцинаторно-:тараноид-194

ный синдром (уверенность в несуществующей болезни и висцеральные галлюцинации, сенестопатии), парафренный синдром (эмоционально насы^ щенный систематизированный бред, преимущественно фантастического содержания, в сочетании со сложными гаплюцинациями и явлениями психического автоматизма), сивдром Кандинского-Клерамбо (взаимососу-ществование явлений психического автоматизма и бреда преследования - воздействия, уничтожения и др.). Под психическим автоматизмом понимаются такие акты психической деятельности (в одной или нескольких сферах), которые совершаются помимо воли и желания больного: либо "сами по себе", либо под влиянием "воздействия извне". Различные явления в сферах мышления, интеллекта и памяти (лносятся к ассоциативному автоматизму (ментизм, "вкладывание" мыслей, "разматывание" воспоминаний и др.). В сфере восприятия психический автоматизм представден различными видами псевдогаллюцинаций, некоторые из них сочетаются с двигательным автоматизмом ("не хочу, а голова запрокинулась назад"; "лежу, не шевелюсь, а кто-то будто использует мои уста: с языка сами слетают неслышимые слова"; "рот пустой, но ощущаю, как зубы разжевывают пищу, затем она проглатывается и передвигается по пищеводу"). Подобным же образом мотут самопроизвольно (или "в связи с посторонним влиянием") возникать, сменять

друг друга, исчезать и вновь появляться различные чувства, побуждения и другие проявления психической деятельности.

В патопсихологии Б.В. Зейгарник (1986) выделяет следующие три вида патологии мышления: 1) нарушение оиерш^ююой страны мышмчшг, 2) нарушение динамик" мышления, 3) нарушение мпимтногв компонента мышления.

К нарушениям пиера^юнной стороны мышления относятся снижение уровня обобщения (в суждениях пациентов оперирование общими признаками заменяется преобладанием непосредственных представлений о предметах и явлениях, установлением конкретных связей между ними) и искажение процесса обобщения (установление чрезвычайно общих связей между предметами и явлениями, отражающих не существенную, а случайную сторону предметов и явлений).

Снижение уровня обобщений характерно преимущественно для больных с различными формами органического поражения головного мозга, а также для лиц с интеллектуальной неполноценностью. Искажения процесса обобщения наиболее часто встречаются у больных шизофренией и психопатических личностей, однако частота встречаемости этих нарушений у больных шизофренией значительно выше, чем у психопатов: так, по данным Б.В. Зейгарник (1986) они встретились у 67,1% обследованных больных шизофренией и у 33,3% обследованных психопатических личностей.

Нарушение динамики мыслительной деятельности проявляется в лабильности или инертности мышления. Лабильность мышления - это неустойчивость способа выполнения задания. При этом уровень обобще-195

ния и адекватный характер суждений пациентов, как правило, в целом сохраняются. Инертность мышления - это трудности (вплоть до невозможности) изменения избранного способа работы испытуемого, переключения с одного вида деятельности на другой.

Лабильность и инертность мышления являются в целом неспецифическими патопсихологическими феноменами, которые могут быть обнаружены при самых разнообразных психических расстройствах, однако все же наиболее часто они встречаются в рамках различных органических поражений головного мозга.

Нарушение мпимтиогв компонента мышления проявляется в виде разноплановости мышления, нарушения критичности мышления и нарушения саморегуляции мышления.

Разноплановость мышления заключается в том, что суждения испытуемых протекают одновременно в разных плоскостях, в разных руслах, в качестве основы для выполнения мыслительной деятельности при этом выступают совершенно разные посылки.

Резонерство (нарушени критичности мышления) сводится к "бесплодному мудрствованию", к непродуктивным многоречивым рассуждениям, к неадекватному стремлению подвести любое явление под какую-либо "концепцию".

Нарушения саморегуляции мышления проявляются в невозможности целенаправленной организации испытуемым своих мыслительных действий.

Описанные нарушения личностного компонента мышления также могут встретиться при самых разнообразных нарушениях психической деятельности человека.

7. МЕТОЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Задача эта представляется весьма сложной уже хотя бы потому, что само по себе мышление - процесс многообразный, многоступенчатый и изобилует различными вариантами. Особенно важны те характерологические качества, которые мы обязательно должны учитывать при изучении мышления у конкретного субъекта. Без знания свойств личности достоверные результаты получить невозможно. Следовательно, при оценке ассоциаций, понятий, умозаключений, суждений

исследуемого необходимо проверить весь ход мыслительного процесса, различные его этапы, вникнуть в сущность отдельных операций.

При осмотре пациента обращается внимание как на внешний вид больного, так и на его поведение и речь. Больные с бредом величия нередко носят "погоны", самостоятельного изготовления "ордена" и "знаки отличия". Таким больным свойственны горделивый вид, повелительный тон в обращении с окружающими. Защищаясь "от воздействия", больные с бредом преследования совершают различные ритуалы или носят при себе амулеты и имеют "защитные приспособления". Так, в

196

клинику бык доставлен больной (аспирант-физик), который, "спасаясь от преследователей, скрылся из Москвы". С целью защиты "от облучения" больной привязал к спине подушку, а к животу сковородку и оделся в вывернутый мехом вверх тулуп. Другая больная постоянно держала над головой кусок клеенки, "предохраняя" себя от "воздействия электромагнитных волн".

При религиозном бреде больные носят с собою "живые мощи" и переписанные молитвы, прикрепляют к одежде "священные знаки" - крести, изображения святых и т.п. Подобные же символы могут быть нарисованы или вытатуированы на коже. Один больной с религиозным бредом наносил себе повреждения (кровоподтеки, царапины) и так усердно молился, что в области лба в конце-концов обозначилась значительная припухлость.

Нами наблюдался больной с бредом значения, не разрешавший до-страгиваться до правой половины тела, так как это "может принести несчастье" прикасающемуся к нему человеку.

Больные с бредом преследования, уничтожения, постоянно опасаясь за свою жизнь, насторожены, подозрительны, недоверчивы, следят за каждым движением окружающих. Если удается установить с ними контакт и больные начинают верить, что собеседник не опасен и желает им только добра, то тогда становится возможным узнать о сложных системах запоров и замков в их квартирах, о ножах, шилах, гирьках, которые больному приходится носить с собой с целью возможной самообороны. При бреде отравления больные отказываются от приема лекарств и пищи, при бреде обворовывания - собирают в узелки свои вещи, постоянно носят их с собой и даже закалывают в землю.

Соответствующее какому-либо животному поведение больного укажет на наличие бреда метаморфозы (больной передвигается на четвереньках, лает, рычит и т.п.).

При навязчивостях можно заметить некоторые лишние движения, жесты, вынужденные позы, вытекающие из характера навязчивости. Например, больной все время держит пальцы рук сомкнутыми или руки сложенными на хруди, чтобы не взять какой-либо мелкий предмет и "незаметно для себя не проглотить его". Специфические движения совершают также больные с символическим мышлением и явлениями психического автоматизма.

Если нарушения мышления входят в состав какого-либо синдрома, то при осмотре обнаруживается соответствующая патология (например, депрессивность, галлюцинации).

Речь больного с расстройствами мышления иногда очень показательна. Особенно рельефно проявляется замедление: ответы даются с задержкой, после многократного повторения вопроса. Внезапные остановки в речи больного свидетельствуют о явлении шперрунга. В других случаях о "закупорке мыслей" больные сообщают самостоятельно. Характерна

также речь больных с обстоятельным мышлением: несмотря на вновь заданный вопрос, больной продолжает разговор в плане предыкущей темы. Скорость возникновения и качества ассоциаций можно определить в ассоциативном эксперименте. В спонтанной речи больного легко можно отметить персеверацию, разорванность и ее виды и другие так называемые формальные расстройства ассоциативного процесса. Имеют также значение лаконичность или распространенность ответов, богатство словарного запаса и смыслового содержания и пр.

Патология суждения в спонтанной речи проявляется не всегда, поэтому больному следует задать специальные вопросы: об отношении к нему окружающих (раньше, теперь, дома, на улице и др.), о самочувствии, деятельности внутренних органов, о наличии страхов и опасений и т.п., не делая специального акцента на возможности постороннего воздействия, преследования, лишения его жизни. Более конкретно можно расспрашивать о навязчивостях, ибо критика к ним остается во всех случаях. Наоборот, большие затруднения могут возникнуть, если беседа ведется с больным, у которого имеются сверхценные идеи. Нужен большой тахт и осторожность в выражениях, вопросы следует ставить обдуманно, не сразу касаясь в них существа болезненного расстройства мышления. Только при таком подходе удается вызвать бального на откровенный рассказ о его переживаниях и идеях. Сказанное особенно относится к случаям налаживания контакта с "изобретателями".

В процессе разговора с больным нередко встречаются затруднения, например, при склонности больного кдиссимуляции (утаиванию) имеющихся бредовых или других идей. Такие больные всячески уходят от прямых ответов, переводят разговор на другую тему или пытаются "объяснить" свои неправильные, нелогичные поступки ("из дома не выходил - гриппом болел", "жену побил - мало ли ссор не бывает в семье", "не сплю ночью - живот болит, часто хожу в туалет"). Обследованию во многом помогает систематическое наблюдение за поведением больного.

Если все-таки удалось установить наличие заблуждений, неправильных идей, отражающихся на поведении больного, необходимо их дифференцировать, в частности выяснить отношение к ним самого больного (сейчас, в прошлом) и окружающих (дома, на работе).

О расстройствах мышления можно судить по письмам и рисункам больных: "изобретатели" или "рационализаторы" обращаются со своими предложениями в различные инстанции (а затем и с жалобами в различные органы власти и прессу), "преследуемый преследователь" пишет заявления в органы юстиции, государственной безопасности. Особенно содержательны бывают письма больных с бредом обворовывания и ущерба, в которых подробному описанию "попорченных", "украденных" вещей и предметов, способов, которые "используются для этого", уделяются целые страницы. В конце письма нередко высказываются удивление по поводу того, что "несмотря на многолетние наблюдения и постоянную

слежку", больному до сих пор "не удалось" поймать вора или "застать на месте преступления" человека, который портит его вещи, продукт или причиняет другой материальный ущерб.

Рисунки, схемы и письма больных с символическим мышлением тоже весьма характерны. В равной степени по письмам больных можно судить о наличии разорванности, персевераций, неологазмов и др.

В диагностике расстройств мышления очень шщюко используются различные методики патопсихологической диагностики. Основными из них являются: складывание картинок из отрезков, понимание рассказов, понимание сюжетных картин, установление последовательности событий, классификация предметов/понятий, исключение предметов/поня-тий, выделение существенных признаков предметов и явлений, образование аналопий (простых и сложных), определение и сравнение понятий, формирование искусственных понятий (методика Л.С. Выготского, Л.С. Сахарова), понимание переносного смысла пословиц и

метафор, методика пиктограмм, подбор слов-антонимов, ассоциативный (словесный) эксперимент, методика Титце. Все эти методики, давая представление об общем состоянии протекания мыслительных процессов, вместе с тем имеют и свои индивидуальные специфические возможности в оценке тех или иных сторон расстройств мышления, в том числе и при различных психопатологических состояниях. Например, методики изучения аналогий очень чувствительны к нарушениям динамики мыслительного процесса; для диагностики нарушений мышления при шизофрении наиболее оптимальными (в зависимости от давности протекания шизофренического процесса) являются методики классификации, исключения и пиктограммы и т.д.

Подробное описание указанных выше методик приводится в специальных руководствах по патопсихологической диалюстике, там же приводятся особенности использования патопсихологических диагаостических методик при различных нервно-психических и соматических заболеваниях. Глава 9 ПАМЯТЬ

1. ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Такими психологическими категориями, как запоминание, ассоциация, память, пользовался еще Аристотель. В последующем функция памяти изучалась многими учеными, применявшими для этого преимущественно метод самонаблюдения, к которому впоследствии были присоединены различные экспериментальные методики для проверки типов и видов, свойств и качеств памяти. К тому времени, кота психология выделилась в качестве самостоятельной науки, накопилось значительное количество работ по изучению памяти. Однако в большинстве своем в исследованиях того времени сложные процессы памяти рассматривались механистически в отрыве от явления взаимодействия человека с окружающим его реальным миром (Д. Юм, Г. Спенсер, Дж. Миль и др.).

Другая группа ученых (Р. Декарт, Дж. Локк и др.) пытались дать памяти материалистическое обоснование, однако оно было весьма упрощено. Т. Рибо (1839-1916) полагал, например, что память бывает статическая и динамическая. Под статической памятью он понимал процесс запечатления нервными элементами только специфических для них раздражителей (зрительная, слуховая и другая память). У человека с динамической памятью в момент запоминания происходят распределение нервных клеток и организация их в группы в соответствии с запоминаемым объектом, подобно тому как те или иные буквы постоянного алфавита образуют при необходимости разные слова.

Р. Семон (1859-1918) считал, что внешний мир запечатлевается в клетках мозговой норы в виде особых гипотетических отпечатков - энграмм. Предполагалось, что нервные элементы при этом вибрируют значительно дольше, чем на них действовал раздражитель (Рише). Следы восприятий - эшраммы - могут быть и недеятельные и деятельные: при определенных условиях происходит формирование эгарамм. Способность мозга сохранять эти энграммы Семон называл мнемой (от Mnemosyne - Мнемозина, богиня памяти у древних греков).

Отечественная психология уже в двадцатые годы нашего столетия достигла значительных успехов в изучении памяти. Л.С. Выготский в

своих работах подчеркнул значение в процессах памяти прошлого опыта и активную регулирующую роль сознания. П.П. Блонский писал, что следы впечатлений надо рассматривать не как застывший процесс (энт-раммы Семона), а как динамическое явление. А.Н. Леонтьев, А.А. Смирнов, П.И. Зинченко специально изучали отдельные мнестические процессы; были проведены работы по исследованию издивидуальных различий в области памяти, по развитию памяти и др.

Следы запоминания могут быть связаны с тремя различными видами изменений: структурных сдвигов в строении нервных клеток, изменений в сложной сети нервных волокон и синапсов, соединяющих между собой клетки, и, наконец,

химических изменений внутри клеток. На правильности каждой из этих теорий памяти настаивали представители трех соответствующих направлений в науке.

В начале XX века наиболее распространенным было мнение о том, что во время тех или иных процессов памяти происходят механические изменения формы и размеров нервных клеток, протоплазмы и ядра, увеличение диаметра, длины, даже числа нервных волокон.

Однако открытие в 1920 году X. Бергером и его учениками электрической активности мозга переключило мысль ученых на другое направление. Появилась "простая электрическая теория запоминания", в соответствии с которой поступившая в мозт информация воплощается в индивидуальную систему электрических цепей. Каждому акту запоминания соответствует своя цепь, причем токи по этой цепи могут циркулировать годами и десятилетиями. Поскольку каждая клетка может служить частью неопределенно большого количества цепей, а число клеток огромно, то как клеток, так и цепей в головном мозгу вполне достаточно, чтобы их хватило на все акты запоминания, которые могут иметь место на протяжении всей долгой жизни.

Электрическая теория просуществовала до 1940 года, когда К. Лешли, удаляя большие участки коры головного мозга и рассекая всю поверхность его серией разрезов, т.е. уничтожая все "цепи запоминания", доказал ее несостоятельность. При морфологическом разделении элементов мозга функция ламяга сколько-нибудь существенно не страдала. Все это заставило отвергнуть электрическую теорию, на смену которой пришла теория, базирующаяся на химических изменениях внутри клеток. В соответствии с ней предполагается, что электрические импульсы, пришедшие в нору головного мозга с периферии, изменяют химический состав нервных клеток. В частности, играет определенную роль рибонуклеиновая кислота (РНК), которая как бы шифрует, кодирует информацию и в дальнейшем является "местом ее хранения". Во всяком случае, в настоящее время почт все исследователи согласны с тем, что РНК имеет прямое и непосредственное отношение к процессам запоминания - об этом говорят многочисленные опыты на животных (X. Хидеи, У. Дингман, Дж. Роуз, Е.М. Крепе, А.В. Палладии, В.М. Банщиков и др.).

Со времени появления трудов И.М. Сеченова и И.П. Павлова о рефлекторной природа психической даятельности учение о памяти прошло интенсивный и содархягелшый пуп" развития, првдя, в конечном счете, к современным представлениям о роли в механизмах памяти непрерывно взаимодействующих биологических и социальных факторов.

2. ТЕОРИИ ПАМЯТИ

Как уже было сказано ранее, востфиятае - это начальный этап познавательного процесса. Коща-либо воспринятое, пережитое в дальнейшем обычно не исчезает бесследно. При определенных условиях материал прошлого может был" с большей или меньшей степенью точности воспроизведен вновь. Если восприятае - отрахсие объективной реальности, действующей на наши органы чувств в данное время, то память - также отражение объектвной реальности, но действовавшей в прошлом.

Память - это отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании, сохранении и последующем воспроизведении и узнавании того, что раньше было воспринято, пережито или сделано.

Возможность сохранения и последующего оживления в сознании прошлых образов, 1федставлений и идей является необходимой основой психической деятельности. Не обладай головной мозг свойством удерживать и воспроизводить, мы были бы существами мгновения. Настоящее по мере его протекания исчезло бы безвозвратно в прошлом. Не было бы психической жизни и невозможен был бы по существу факт непрерывного учения, проходящий через всю нашу жизнь и делающий нас тем, чем мы являемся. Не накапливались бы из поколения в поколение знания

и материальные ценности, не было бы предпосылок для существования человеческого общества.

Память не пассивное явление, а динамический процесс. Он включает в себя активное освоение и овладение материалом, его переработку и отбор, обобщение и конкретизацию, систематизацию, детализацию и т.п. Весьма сложная деятельность запоминания часто превращается затем в организованный процесс заучивания, припоминания, воспоминания. По своему происхождению она является продуктом исторического развития, обусловленным потребностями конкретной человеческой деятельности.

Ассоцивитвиш тюрю памяти. Со времени Аристотеля различают ассоциации по сходству, смежности и контрасту. Все они в настоящее время относятся к простым, или механическим ассоциациям.

Ассоциации по сходству основаны на том, что запоминаемые объекты имеют некоторые одинаковые черты. Сходство может касаться величины и цвета, формы и веса и т.п. К ассоциациям по смежности относятся такие связи, которые возникают при наличии близкого расположения предметов и явлений в пространстве или времени. Ассоциации по контрасту возникают цри наличии противоположных качеств объектов.

203

Ассоциации образуются в том случае, ковда соответствующие психические процессы переживаются или одновременно или непосредственно друг за другом.

И.П. Павлов ввделил яхоциации пршинм^сяедствеиных отношений. Например, в сеть включено мощное сопротвление. Далее, вслед за коротким потрескиванием в электросчетчике возникла искра, после чего свет потух. Таким образом, причина - перегрузка электрической сети, следствие - перегорела нить в предохранителе. Оба последовательных явления ассоциируются друг с другом, и возникает причинно-следственная связь.

Причинно-следственные ассоциации как временные единичные связи сходны в этих свойствах с механическими ассоциациями. Но, имея в основе логическое взаимодействие компонентов, они являются в то хе время и своеобразным переходом к сложным смысловым связям.

Под последними подразумеваются также ассоциации, но только объединенные и обобщенные посредством слов в группы и целые системы при условии обязательного понимания человеком характера связи отдельных слов и их комплексов. Образование, выделение определенных систем, в которых обобщается наиболее существенное, происходит в момент запоминания. Вновь созданные комплексы в дальнейшем связываются между собой. В результате возникают ассоциации на более высоком уровне - структуры высшего порядка. Смысловая (или логическая) память, основанная на образовании сложных (смысловых) связей, имеет активный характер, так как помогает сохранять данные, необходимые для трудовой деятельности, для выполнения специально поставленных задач, и непосредственно связана с интересами, потребностями человека. Смысловое запоминание несколько условно можно разделить на ряд этапов, показанных на схеме.

Этапы смыслового запоминания

Понимание смысла запоминаемого -"

Анализ материала -"

Выявление наиболее существенных мыслей -"

Обобщение -"

Запоминание этого обобщения.

Все виды ассоциаций, возникая при соответствующих условиях и взаимодействуя друг с другом, определяют собой различные этапы самого процесса памяти: запоминание (фиксация), сохранение (удержание, ре-тенция) и воспроизведение (экфорирование, репродукция). Каждый из этих этапов тесно связан с двумя другими и вместе с тем имеет свои своеобразные черты.

Нпфоннвя теория памяти. Формщювание нейронной (синалгической) теории памяти связано с работами Дж. Хебба (1974), объяснявшего функционирование кратковременной и долговременной памяли определенными нейрофизиологаческими изменениями в структурах нервных сетей мозга.

Согласно Хеббу, кратковременная память определяется повторной циркуляцией (реверберацией) возбуждения по многочисленным замкнутым нервным путям, образующим нейронные контуры. Вследствие замкнутости этих контуров импульсы постоянно возвращаются к одним и тем же структурам, вследствие чего активность таких замкнутых цепей определенное время поддерживается. Одновременно может происходить и распространение сигналов по двигательным путям к другим нервным центрам.

Долговременная память объясняется Хеббом как возникающее вследствие реверберации достаточно длительное и стойкое изменение синап-тических образований. Однако для того чтобы эти изменения смогли закрепиться и образовался прочный след, лежащий в основе памяти, необходим определенный период (от 15 минут до 1 часа) неактивности участвующих в процессах долговременной памяти нейронных цепей, во время которого происходит консолидация следов воздействий.

Нейронная теория памяти хорошо объясняет ее нарушения, возникающие после различных органических повреждений головного мозга.

Биохимические теории памяти. Несмотря на определенные отличия друг от друга биохимические теории связывают процессы памяти с участием в них различных биологически активных веществ головного мозга, в основном РНК. Широкое распространение в науке эти теории получили с 50-х годов нашего столетия.

Какужеуказывалосьраные, сугьвсехподобныхтеорийсводитсяктому, что РНК выступает как агент молекулярного кодирования информации, способствует се закреплению и переносу. Причем в видовой (безусловно-рефлекторной памяти) присутствует дезоксирибонуклеиновая кислота, а в индивидуальной (условно-рефлекторной) - рибонуклеиновая кислота. В последние десятилетия появились сведения (П. Унтар, 1970) о том, что не сама РНК, а особые мозговые пептвды (например, скотофобин) играют ведущую роль в осуществлении механизмов долговременной памяти. По мнению исследователей, значение подобных белковых образований сводится к тому, что они являются своего рода указателями, способствующими циркуляции нервных импульсов именно по тем путям, которые необходимы для консолидации нейронных цепей.

205

В классических опытахДж.Макион"лла, А.Яюбсона и Д.Кимбвла (1959) обученных планарий разрезали на два или более сегментов и позволяли этим сегментам регенерировать в целых червей; каждый новый червь при этом сохранял условные рефлексы своих предшественников. Если же при регенерации части червей помещали в среду, содержащую небольшое количество рибонуклеазы (фермента, разрушающего РНК), то регенери-ровавшие черви условного рефлекса не сохраняли.

Последние исследования ученых намелит точки соприкосновения между нейронными и биохимическими теориями памяти.

3. ПРОЦЕССЫ ПАМЯТИ

Звтмяивиш. На этом этапе памяти при получении информации цроис-ходит образование ассоциаций. Запоминание может носить непроизвольный характер, т.е. совершаться помимо нашей воли. Непроизвольному запоминанию способствует сильное чувство (радость, страх, отвращение и др.). Имеют значение и интерес к объекту памяти, и характер действия с ним, а также та доля самостоятельности, с которой осуществляется непроизвольное запоминание (например, самостоятельное прилумывание задач приводило в эксперименте к более успешному запоминанию входящих в них чисел). При непроизвольном запоминании большое значение имеют механические ассоциации, чем можно обьясгапъ сравнительно прочное запечагшение при контрастности образов (черный профиль на светлом фоне), при их сходстве ("случайно запомнил - оба шли в одном направлении") и т.п.

Непроизвольное запоминание имеет определенное положительное значение в нашей жизни. Оно превалирует, и на нем построена память в начальном периоде усвоения знаний. Обогащается жизненный опыт, приобретаются некоторые сведения без специальных усилий человека.

Однако основная роль в нашей жизни и деятельности, несомненно, принадлежит произвольной форме запоминания, при которой усвоение информации и начинается, и стимулируется далее специальными волевыми усилиями. Наиболее характерной чертой произвольного запоминания кроме волевого акта является обязательное присутствие мотива решаемой задачи. Произвольное запоминание предполагает далее план усвоения материала, опорные пункты в нем, возможность сравнения, соотнесения и т.п. Мы всегда в этих случаях отдаем себе отчет почему, для чего и какие мы собираемся предпринять шаги в направлении запоминания того или иного материала.

Вначале сознательные операции памяти формируются как целенаправленные процессы. Затем они приобретают форму мнестичесмого навыка.

В случае произвольного запоминания используются механический и смысловой способы. При механическом запоминании образуются соответствующие материалу механические ассоциации. Механическое запоминание по всем своим качествам уступает смысловому: оно не сталь прочно, труднее бывает вспомнить запечатленное механически и т.д. Например, некоторые

стуцеты последних курсов пытаются запомнить название лекарственного препарата "Антабус", яияивая в своем сознании механическую ассоциацию по сходству: антабус - автобус. Каково же бывает затем их огорчение, когда, пытаясь вспомнил" этот этимологически довольно сложный термин, они вынуждены перебирать в уме названия разных видов транспорта (вплоть до самолета, такси и т.п.). Хорошей иллюстрацией механической памяти МОЖЕТ служить рассказ А.П. Чехова "Лошадиная фамилия".

К механическому запоминанию люди способны обращаться либо тогда, когда материал непонятен, либо если отсутствует желание его усвоить. Обоснованным будет применять механический способ при большой разнородности материала, лишенного к тому же определенного смыслового значения (анатомические, особенно по-латыни, названия, фамилии авторов и пр.).

В большинстве случаев преимущество должно быть отдано смысловому методу ввода информации в наше сознание. Смысловая память способствует распределению прошлого опыта по времени. Вследствие этого прошлое не представляет собой хаотического нагромождения образов, сведений, знаний, пережитых чувств и т.п., но связано в группы и комплексы, ассоциированные во времени и между собой.

Смысловой метод опирается на системы временных связей, уже образованных в прошлом опыте человека. При смысловом запоминании особенно ярко выступает

необходимость аналитико-синтетического разбора материалов и постоянное установление сходства и различия с тем, что уже известно. При запоминании большого объема материала необходимо проводить смысловую группировку, разделив его на части, а также установить связи меазду частями и озаглавить их, выделить логические опорные пункты, а закончив запоминание, проверить правильность его на учебно-методических пособиях и закрепить образованные смысловые связи в процессе мысленного наглядного представления.

Физиологическая основа непроизвольного запоминания - образование временных связей преимущественно на уровне второй сигнальной системы.

Сохрашиши - процесс задержания информации. Еще Рибо подчеркивал, что индивидуальные названия (номера, имена, фамилии и пр.) удерживаются в памяти значительно хуже, чем имена нарицательные и понятия. С позиций современных данных психологии это вполне понятно, так как при запоминании индивидуальных названий имеют место почти исключительно механические, менее стойкие связи, а при запоминании нарицательных имен, особенно понятий (сочетание механических и смысловых ассоциаций), - более прочные смысловые связи. Материал лучше сохраняется в памяти в том случае, когда активному запоминанию с использованием смыслового метода сопутствовали эмоциональная окраска, заинтересованность и стремление как можно лучше и прочнее удержать материал в памяти.

Если для возникновения ассоциаций необходимо, чтобы объекты памяти сочетались одновременно друг с другом или непосредственно друг за другом, то для упрочения ассоциаций одним из важнейших условий является повторение этих сочетаний. При этом предполагается повторение как во время запоминания, так и в дальнейшем. В последнем случае повторение имеет назначение оживить имеющуюся соолзетствую-щую ассоциацию. Значительно больших усилий требует для сохранения материал, который запомнили с использованием механического метода, меньших - с использованием смыслового метода.

Процесс сохранения связан с процессом забывания. При этом чаще всего забывается не все, а только второстепенное. Существенное оказывается более 1фочным-сохраняется и полнее, и дольше. О том, что в мозгу почти всегда остаются следы после взаимодействия с предметами и образами, явлениями окружающего мира, свидетельствует тот факт, что даже при несистематическом повторении забытого материала для достижения эффекта всегда затрачивается меньше времени, чем при запоминании вновь. Если раз возникшие связи время от времени подкрепляются, возобновляются, они могут быть действительны на протяжении всей жизни.

Следует подчеркнуть, что сохранение - это не механическое пребывание запечатленного в неизменном виде, ибо под влиянием деятельности человека, его интересов, переживаний, все нарастающего объема сведений и знаний запомнившееся неизменно подвергается ре-конструированию. Этим достигается более четкое установление внутренних связей между объектами памяти, что, без сомнения, способствует упрочению ретенции (удержанию). Сохранение зависит от значимости материала, глубины его познания, установки личности на длительность сохранения, частоты и времени повторения и применения знаний на практике. Из сказанного следует, что процесс сохранения теснейшим образом связан с мышлением: оно систематизирует материал, отделяет второстепенное и малозначительное от главного и основного, производит синтез и анализ с соответствующими выводами и обобщениями.

Воснроизведение пузимвине. Воспроизведение - это процесс памяти, в результате которого происходит актуализация закрепленного ранее содержания психики путем извлечения его из долговременной памяти и перевода в оперативную. Узнавание - это воспроизведение какого-либо объекта в условиях повторного восприятия.

Воспроизведение (репродукция) и узнавание приводят к извлечению из запасов памяти в осознаваемое поле необходимого материала. Воспроизведение имеет в

своей основе процесс активации следов, оставленных в головном мозгу человека при отражении им действительности. Воспроизводится именно то, что соответствует установкам человека и потребностям конкретной ситуации. Остальной мнестический материал остается до поры до времени "в кладовых" нашей памяти.

208

В процессе репродукции ренонструирование материала происходит более (лчетливо, чем при ретенции, хотя бы ухе потому, что репродукция совершается с учетом осознания самого ее процесса. В реконструирова-нии принимают участие речь, реальное мышление, что, несомненно, способствует наилучшему отражению окружающей действительности, запечатленной в прошлом.

В такой хе степени, как и при отсутствии запоминания, при невозможности воспроизведения был бы немыслим наш запас знаний, навыков, умений и привычек.

Подобно запоминанию, различают воспроизведение произвольное и непроизвольное.

Яофмтмыюб репродукции может способствовать сравнительно малозначащий факт, штрих. Хороший пример непроизвольного воспроизведения тфиводится в повести С.Т. Аксакова "Гимназия". Автор, тонкий психолог и наблюдатель, описывает, как оживлялись воспоминания его далекого детства в тот период, когда он уже учился в гимназии. Аксаков пишет "Случалось, что в то время, когда я думал совсем о другом и даже когда был сильно занят ученьем, вдруг какой-нибудь звук голоса, вероятно, похожий на слышанный мною прежне, полоса солнечного света в окне или стене, точно так освещавшая некогда знакомые, дорогие мне предметы, муха, жужжавшая и бившаяся на стекле окошка, на что я часто засматривался в ребячестве, - мпювенно и на одно мгновение, неуловимо для сознания вызывали забытое прошедшее и потрясали мои напряженные нервы".

При непроизвольном воспроизведении одна из случайно оживленных ассоциаций как бы тянет за собой сеть так или иначе сопряженных с ней других связей. В результате налицо целое более или менее полное воспоминание с осознанием его непроизвольности.

К особым видам непроизвольного воспроизведения относится персеверация (от лат. per - чрезмерно, sever - стойкий) воспоминаний. При этом, для того чтобы ожили в сознании некоторые образы, явления прошлого, не требуется не только активного усилия воли, но отсутствует даже и малейший пприх, хотя бы сколько-нибудь механически, по смыслу связанный с содержанием воспроизводимого. При персеверации образы носят навязчивый характер, т.е. появляются помимо воли и желания человека и переживаются им как нечто лишнее. Появлению персеверации могут способствовать как частота, так и аффективная окраска воспринятого. Пример персе-верации по причине частого повторения: то и дело появляющаяся мелодия, которая звучала неоднократно в продолжение полуторачасового фильма. Гримером персеверации в связи с напряжением эмоциональной сферы мотут служить слова, интонация речи тонувшего на наших глазах человека, которые вспоминаются вновь и вновь, особенно в первые часы после самого происшествия. Персеверации воспоминаний способствуют состояния усталости, истощения организма. Наиболее часто персе-209

верогавные явления наблюдаются в клинике нервных и психических болезней.

Пронаюмнм ввсирвнмедеяне имеет в жизни и деягельнюсти человека основное значение. Обязаггельным при этом является огфедалениый хомп-лекс волевых усилий, выраженный в неодинаковой степени. Иногда их требуется очень маяо, инохда наоборот, даже при крайнем нщфяжении памяти мы не в состоянии восщюизвесш необходимый материал.

Лепахтъ, скорость, точность экфорирования тесно связаны с двумя предыдущими этапами процесса памяти - запоминанием и сохранением, их качествами. Поэтому вполне естественно, что наиболее полными, точными и вместе с тем лепсими воспоминания окажутся в таком вдеальном случае: запечатленный материал

интересен, при его усвоении была проявлена достаточная доля самостоятельности, имелся определенный план для запоминания с соответствующими опорными пунктами, возможностями сравнения, т.е. применялся смысловой метод; материал состоял из понятий, небольшого количества нарицательных имен; повторение его было систематическим и проводилось при условии использования методических пособий; при воспроизведении имелись максимальная заинтересованность, оптимальное напряжение воли, положительные эмоции.

Сознательное воспроизведение, связанное с преодолением затруднений, требующих волевого усилия, называется припоминанием.

В ряде 1фичин, способствующих наилучшему воспроизведению, не последнее место занимает время, прошедшее от момента запечахления материала до его репродукции. Часто случается, что весьма трудно бывает вспомнить то, что запоминалось несколько минут назад. Для объяснения подобного феномена в психологии введен термин реминисценция. Под реминисценцией понимают более полное отсроченное воспроизведение, чем то, которое осуществляется сразу после запоминания. В случае псевдореми-нисценции чужие мысли могут запечатлеваться неосознанно и воспроизводиться в дальнейшем как свои собственные. Установление факта псевдоре-минисценции важно 1фи оценке случаев плагиата.

Забывание идет быстрее сразу после заучивания и может быть частичным и полным, кратковременным и длительным.

Воспроизведение может быть искажено или быть неполным, например при эмоциональном возбуждении.

Скорости экфорирования может способствовать процесс узнавания. Оно основывается на объединении по тем или иным признакам непосредственно воспринимаемого с воспринятым ранее.

Например, автор книги "Пятьдесят лет в строю" ДА Игнатьев описывает такой случай. Во время прогулки по улицам Парижа он невольно обратил внимание на художественно выполненную решетку. Она показалась знакомой, будто ранее он уже видел ее. Впечатление было до того ярким, что это в значительной степени его заинтересовало, так как ничего подобного в своей памяти Игнатьев отыскать не мог. Рассказав об этом своей

матери, Игнатьев узнал, что именно около этой решетки он неоднократно играл, будучи ребенком, в то время, когда семья жила в Париже.

Большую роль при узнавании играет точность выделения специфического в объекте. Узнано может быть и то, что ранее было запечатлено посредством слова. Поэтому полное и подробное словесное описание образа, явления, приводя к построению в сознании человека наиболее адекватной копии, способствует в дальнейшем безошибочному узнаванию. Как и другие процессы памяти, узнавание наряду с волевым усилием, заинтересованностью в значительной степени отимизирует хорошее общее состояние человека, соответствие имеющихся у него представлений и объекта узнавания, особенности окружающей обстановки и пр.

Все сказанное о памяти позволяет заключить, что наиболее важными для нее являются: быстрота запоминания, объем усвоенного, прочность сохранения, точность воспроизведения, готовность памяти к экфориро-ванию.

Перечисленные и некоторые другие качества памяти далеко не одинаковы у разных людей. Вот почему при характеристике продуктивности памяти пациента ее надо анализировать в разных аспектах, наглядно представленных на учебной схеме. Одни быстро запоминают, но так же быстро и забывают, другие, наоборот, запоминают не сразу, после неоднократного повторения, зато усвоенный материал сохраняется в их памяти в течение длительного времени. Ценнейшим качеством

памяти является ее "готовность", которая обеспечивает воспроизведение именно нужного материала и именно тогда, когда он требуется.

Схема качеств продуктивности памяти

ПРОДУКТИВНОСТЬ ПАМЯТИ: объем; быстрота; точность; длительность; готовность.

С возрастом, как правило, отмечается ослабление памяти, причем происходит это главным образом за счет уменьшения скорости запоминания и понижения возможности сосредоточивать внимание и концентрировать его на определенном объекте.

4. ВИДЫ И ТИПЫ ПАМЯТИ

Виды памяти различают по характеру психической активности - двигательная, эмоциональная, словесная, наглядно-образная, зрительная, слуховая, обонятельная, осязательная, вкусовая, по цели - произвольная и непроизвольная, по времени сохранения - кратковременная и долговременная.

Индивидуальная особенность памяти человека называется типом памяти. Различают, например, образный и словесно-логический типы памяти. Люди с образной памятью, вспоминая содержание прочитанной книги, мысленно видят перед своим умственным взором действующих лиц, картины природы, отдельные сцены и т.п. Лица со словесно-логическим типом прежде всего воспроизводят основные мысли книги, вспоминают наиболее интересные формулировки, выражения и пр. Подобный же перевес в сторону образности или отвлеченности имеет место у представителей обеих групп и при запоминании.

Людей с образным типом памяти чаще всего можно найти среди деятелей искусства - в среде художников, актеров, музыкантов, писателей. Смысловая память обычно свойственна ученым.

Физиологической основой различия между образной и словесно-лот-ческой памятью являются особенности соотношений психофизиологических процессов в головном мозгу: преобладание при запоминании деятйльности первой сигнальной системы (по И.П. Павлову) даст в результате образный тип памяти, второй - сповесно-лотческий. Учитывая, что основная масса людей характеризуется гармоническим сочетанием обеих сигоальных систем, следует отнести их память к среднему типу как наиболее распространенному, который и учитывается при преподавании в средних и высших учебных заведениях.

Своеобразной формой образной памяти можно считать память эмоциональную, т.е весьма развитое запоминание и в равной же степени воспроизведение разнообразных чувств, с которыми человеку приходилось иметь дело в прошлом.

Среди других типов памяти можно отметить зрительную, слуховую (в частности - музыкальную), двигательную (например, у балерин, танцовщиков) и пр. Встречаются иногда случаи весьма развитой памяти на числа, имена, многочисленные формы профессиональной памяти. Подсчитано, например, что отлично развитая зрительная и слуховая память наблюдается примерно у 1- 3% людей. Это позволяет им, используя свои ивдиввдуалытые мнестические способности, заниматься определенного вида деятельностью, в процессе которой природные данные еще более развиваются и совершенствуются, достигая иногда высшей степени.

Из биографии И.И. Левитана известно, что он летом часто посещал своих товарищей, живших в одной из волжских деревень. Работал в эти периоды художник мало, часто вообще не брал с собой палитру. Зато

через несколько месяцев, уже зимой, Левитан был способен у себя дома в мастерской написать картину, которая являлась точной копией виденного им летом пейзажа.

В значительной степени выраженная слуховая память была с самых ранних лет присуща В. А. Моцфту. Будучи четырнадцатилетним мальчиком, он единственный раз прослушал в Сикстинской капелле большое и сложное произведение Miseicie d'AUegri и, придя домой, с точностью записал его в своей нотной тетради (копии партшур этого произведения были запрещены папой). Композитор А.К. Глазунов, прослушав в фортепианном исполнении увертюру к опере "Князь Игорь", записал ее на память. Отличной слуховой памятью обладал писатель С.Т. Аксаков. Достаточно было в его присутствии прочитать 2-3 страницы незнакомых до сих пор стихов, как он мог их тут хв повторить.

Перечисленные типы памяти в той или иной комбинации и степени выраженности есть у каждого человека. Иццивидуальные особенности памяти также мотуг проявиться в сочетании быстрого запоминания с медленным забыванием, медленного запоминания с медленным забыванием, быстрого запоминания с быстрым забыванием. Одни лучше запоминаются исторические события, другие - физические формулы и т.д.

5. НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

При заболеваниях, особенно в случае поражения нервной системы, можно встретиться с различными нарушениями памяти. Страдать мотут отдельные ее компоненты - запоминание, удержание, воспроизведение. По течению расстройства памяти могут быть прогрессирующими, регрес-сирующими или стабильными, могут быть кратковременными эпизодами и более или менее длительными состояниями.

Наиболее частое расстройство - гипомнезия, при которой наряду с неудовлетворительным запоминанием человек не может вспомнить некоторые события прошлого. В таких случаях люди, не полагаясь на свою память, обычно пользуются записными книжками. Если гипомнезия распространяется только на текущие, недавние события, то применяют термин фиксационная гипомнезия. При затруднениях воспроизведения говорят об анэкфории.

Отсутствие воспоминаний - "выпадение памяти" - носит название амнезии. Например, амнезия всегда сопутствует обмороку, человек не помнит, кто оказал ему первую помощь, кем и куда был вначале доставлен и т.п. Только с восстановлением ясного сознания способность запоминать появляется вновь. Иногда амнезия может захватывать некоторый период до (или после) заболевания. Особенно это характерно для травматических повреждений головного мозга, сопровождающихся выключением сознания. Иногда амнезируются целиком все события какого-либо определенного периода времени (полная амнезия), чаще в памяти сохра-213

няются отрывочные воспоминания (частичная амнезия). Подобно гипом-незии, амнезия может быть фиксационной. К редким расстройствам относятся случаи, когда из памяти вытесняются не только те события, те факты, которые являются для человека неприятными или сопряжены с сильным душевным волнением. Например, после очередной, но весьма бурной ссоры с мужем у женщины выпали из памяти все годы семейной жизни. В отличие от амнезии вытеснение может быть воспроизведено.

Наиболее интересное явление - гипермнезия, т.е. усиление памяти, главным образом в форме обостренной репродукции. Данный симптом встречается сравнительно редко и указывает на необычайную быстроту и прочность преимущественно механических ассоциаций, на патологическую легкость, с которой оживают старые, сравнительно непрочные уже связи (например, при маниакальном состоянии). Уже говорилось о весьма развитой памяти на числа, имена, о профессиональных видах гипермнезии. Следует подчеркнуть, что у здоровых людей отличная, даже феноменальная память наряду с врожденными свойствами психики объясняется главным образом систематической тренировкой и сочетается с нормально развняым интеллектом и иными психическими функциями.

Гипо-, гипер-и амнезия могут быть, как уже говорилось применительно к амнезии, антероградными, т.е. распространяться на события, случившиеся уже после начала заболевания, или ретроградными, т.е. захватывать период времени, предшествовавший болезни. Возможны случаи, когда расстройство памяти касается как предшествовавших, так и последующих событий (антероретроградная амнезия).

В психиатрической клинике, клинике нервных болезней нередко можно встретиться с довольно пестрой группой расстройств, объединенных под названием парамнезий. Парамнезии - искажения памяти. Сюда входят обманы памяти, ошибки, перенос событий во времени. При ложных воспоминаниях (псевдореминисценциях) человек оперирует фактами и событиями, в действительности имевшими место, переставляя их во времени, заменяет одно другим, пугает их место, смысловые взаимосвязи и т.д. или к реальным фактам добавляет вымышленные подробности. Другой вид парамнезий - конфабуляции (вымыслы): рассказ больного совершенно не соответствует прошлому.

По аналогии с расстройствами восприятия, псевдореминисценции могут быть поняты как "иллюзии памяти", конфабуляции - как "галлюцинации памяти". Некоторые исследователи причисляют к парамнезиям такие расстройства (памяти и восприятия), когда обычная знакомая обстановка кажется совершенно новой, и наоборот.

В случае, если расстройства памяти имеют прогрессирующее течение, запасы памяти истощаются от настоящего к пропитому (закон Рибо-Джексона).

Отдельные виды расстройств памяти, сочетаясь с нарушением других психических функций, входят в различные психопатологические сиздро-214

мы. Сиццром, включающий в основном только расстройства памяти, описан С.С. Корсаковым в 1887 году. Корсакмский амнестический синдром вюпочвет фиксационную амнезию, парамнезии и аигероградную амнезию при достаточно сохранной памяти на отдаленное прошлое.

В литературе имеется большое количество описаний некоторых феноменальных способностей у людей с врожденной недостаточностью интеллекта - слиго френчей.

Например, Айрленд описал больного-олигофрена, который, не умея ни писать, ни даже правильно говорить, мог, если ему сообщали возраст человека, почти мгновенно подсчитать, сколько тот прожил секунд. Шарю описал своего пациента Иноди, моторый, не будучи в состоянии запомнить более 7 букв, с 7 лет уже умножал в уме пятизначные числа. В 14 лет Иноди выучился читать. В дальнейшем гипермнезия стала еще более удивительной: по заданию он запоминал до 400 цифр, умножал 24^нач-ные числа и т.п.

С рожденным слабоумием в легкой и даже средней степени могут сочетаться другие виды гипермнезии - музыкальная, зрительная и пр. Достагточно убедительного объяснения гипермнезия при умственной недостаточности пока не имеет. В острой патологии также иногда возможно явление гипермнезии.

Например, в одном из европейских городов у больной возник инфекционный психоз с помрачением сознания и бредом, во время которого она говорила на греческом, латинсмом и еврейском языках, которых не знала. Случай казался необъяснимым до тех пор, пока не выяснили, что женщина с юных лет жила в доме пастора, который привык, читая книги, громко произносить тексты. Здесь имело место механическое запечатление, материал которого мог быть воспроизведен лишь при условии патологи* ческого состояния головного мозга.

Подобные случаи довольно редки и до сих пор не объяснены наукой.

6. ИССЛЕДОВАНИЕ ПАМЯТИ

Исследование памяти включает этапы: исследование памяти на отда' ленное прошлое, исследование памяти на близкое прошлое, изучение акта запоминания.

Исследование начинается уже с первых слов беседы с человеком. При глубоких нарушениях памяти больной не может указать дату и место своего рождения, свой возраст и возраст своих близких и т.п. При более легких степенях нарушений больной не в состоянии вспомнить лишь некоторые даты, некоторые подробности из жизни. Сравнение полноты воспоминаний о событиях недавних лет, месяцев и о событиях отдаленного времени (детский, юношеский возраст) поможет выявить прогрессирующую амнезию.

Для изучения памяти на прошлое нельзя ограничиваться только собиранием анамнеза, так как степень влияния эмоционального компо-215

ненга на точность дат, событий, связанных с самим бальным и его родными, несомненна. Спедует задать дополшпепьные вопросы, не имеющие не-посредстаеннюго олюшения к больному (например, о маршрутах городского транспорта, датах наяала и окончания Великой Отечественной войны, праздников или других общеизвестных событий).

С целью исследования памяти на текущие события больного расспрашивают о дате поступления в больницу, имени и отчестве врача, соседа по палате, о том, что больной ел вчера во время ужина, сегодня за завтраком, об инъекциях и процедурах последних дней, о беседах с родными и т.п. Внимательно слушая рассказ пациента, иногда можно уловить элементы гипермнезии или наклонность к парамнезиям. Последним будут способствовать "наводящие" вопросы в плане вымыслов или ложных воспоминаний.

В процессе изучения памяти выясняют не только особенности ее ослабления или усиления, но и виды, качества и отдельные ее свойства. Для изучения состояния и особенностей памяти широко используются различные патопсихологические методики. Из них наиболее распространенными и употребительными в нашей стране являются методика заучи-вания 10 слов, пробы на ассоциативную память, пробы на опосредованное запоминание А.Н. Леонтьева и соответствующие аспекты использования методики пиктограмм; используются также тест зрительной ретен-ции А. Бентона, тест зрительной и слуховой памяти А. Мейли и тест Д. Вексдера для психометрического исследования памяти. Помимо этого многие методики, используемые для психометрической оценки интеллекта, включают (пдельные субтесты, направленные на изучение различных сторон памяти (например, субтесты "Обшая осведомленность", "Арифметический", "Повторение чисел", "Кодирование" ("Шифровка") методики исследования интеллекта Д. Векслера предполагают суждение о долговременной, оперативной, зрительной памяти соответственно).

С помощью психодиагиостики памяти возможно решение шщюкого круга прикладных задач в различных отраслях {фактической психологии, медицины, ледагогаки и т.д. При оценке результатов психодиагностических исследований необходимо постоянно иметь в виду то обстоятельство, что помимо решения вопросов о состоянии собственно механизмов памяти в любом случае надо оценивать и влияние на них соответствующих мотивационных факторов, могущих существенным образом модифицировать результаты исследований, имигаровать ложнонегативные показатели.

Менюднк" заутятяя 10 см" - одна из наиболее употребительных методик исследования памяга - впервые была предложена А.Р. Лурия. В первоначальном варианте методики для запоминания предлагался набор из 10 не связанных друг с другом по смыслу слов (лес, хлеб, стул, окно, вода, брат, гриб, игла, конь, мед). В дальнейшем набор слов для запоминания был несколько видоизменен и стал включать в себя 10 несложных и так жв не связанных друг с другом по смыслу двусложных слов.

Испытуемый получает задание повторял" вслед за исследующим называемые им слова, стараясь как можно лучше запомнить их, воспроизает болве полно. Можно указать на то, что слова разрешается поширшъ в любом порздне, а не обязательно в том, в котором их произносит последующий.

Воспроизведенные испытуемым после ка"цого предъявления стимуль-ные слова (таких тфедьявлвний пять) и тюспедовагелыюстъ воспроизведения фиксируют в прогонопе. Сюда хе заносятся все возмохные дублирования слов испытуемым и продуцируемые им дополнительные слова, не входящие в стимульный набор, еслитаковое дублирование имеетместо (тоже с последовасБльиостыо их продуцирования). Помимо этого спустя час (в крайнем случае - через 20- 30 минут) испытуемого просят вспомнить те слова, которые ему предъявлялись ранее. Промехуток времени между первичным предъявлением стимульных слов и их отсроченным воспроизведением занимается исследованием испытуемого при помощи других пси-ходиагностических методик, причем по окончании первичного ттредьявле-ния стимульных слов испытуемому не сообщается, что через некоторое время он вновь должен будет их повторять.

Результаты методики мотут быть представлены как в виде таблицы (по горизонтали - стимульные слова, по вертикали - номера повторений, в середине - результаты исследования), так и графически (по оси абсцисс - номера повторений, по оси ординат - количество правильно воспроизведенных слов).

Чаще всего здоровые испытуемые воспроизводят 9-10 слов после 3- 4 повторений, они не дублируют стимульные слова и не продуцируют дополнительных слов. Через час обычно воспроизводится не менее 8 слов.

Методика выявляет особенности процесса запоминания, сохранения и воспроизведения аудиальной информации. С ее помощью могут быть обнаружены явления истошаемости мнестической функции, колебания внимания, сужение объема внимания, явления инертности, нарушение мотивационного компонента памяти.

Методика заучивания 10 слов входит, как правило, в большинство батарей для патопсихологического исследования. Глава 10 ВООБРАЖЕНИЕ

1. ВИДЫ ВООБРАЖЕНИЯ

Воображение - это создание нового в форме представпений или идей. Оно рождается погребносгими человека.

Как бы ни были необычны и фантастичны вновь создаваемые образы и идеи, они всегда состоят из элементов воспринятого и усвоенного человеком ранее. Воображение - это мозаика, составленная из кусочков нашего прошлого опыта. Рисунок ее может быть разрушен, создан вновь, заменен в отдельных деталях, дополнен и переработан.

Воображение в подавляющем большинстве случаев - это созидательный процесс. Поэтому, как и при любом созидании, в воображении обязательно принимают участие все психические процессы: память, интеллект, внимание, мышление и др. Каждый элемент, этап, образ воображения осознается человеком. Если подавляющее большинство психических функций вовлекается в процесс воображения, то и оно в свою очередь "вмешивается" в течение того или иного психического акта, как бы пронизывая его и придавая черты известной своеобразности.

Участие отдельных психических функций в акте воображения можно представить себе следующим образом. В зависимости or конкретной обстановки, заинтересованности человека у него возникает побуждение, стремление к работе воображения в определенном направлении. За этим следуют другие этапы волевого акта, наконец начинается сам процесс воображения. Для этого человек должен прежде всего обраплься к запасам своей памяти, вызывать необходимые представления, отвечающие целям построения воображаемого образа. Богатство кладовых памяти, навыков, опыта индивидуума, степень легкости, с которой извлекаются запасы, - все это отражается прежде всего на качественной стороне

создаваемого образа. Чрезвычайно важна концентрация внимания человека на этой работе, без сомнения, требующей значительного напряжения.

Вся эта, условно названная подготовительной, деятельность протекает при активном участии мышления. Особенно важна его роль в тот период, когда все части для будущей "мозаики" налицо. Далее следуют аналити-ко-сиктетическая деятельность, сравнение, обобщение, абстракция и др.

219

Наиболее характерными для воображения считаются такие приемы, как комбинирование представлений, преуменьшение их или преувеличение. Часто некоторые представления акцентируются, нередко с оттенком карикатуры, гротеска и др. Наконец, когда процесс воображения заканчивается, фантазия человека дает ему вновь созданный ею образ.

Чувства принимают в воображении участие как в самом начале (интерес; настроение, располагающее к фашазщюванию), так и на всем протяжении процесса воображения - как бы сопровождая появление нового образа. Может случиться, что чувства, окружающие вновь созданный воображением образ, окажутся более сильными, чем в тот момент, когда этот образ или воображаемое событие будут иметь место в действительности. Зависеть это может как от качества самих представлений, принимающих участие в воображении, так и от разнообразных их комбинаций, в которые они будут поставлены причудливой фантазией человека. Большое значение имеют и особенности человеческих типов нервной системы: художестеенного, среднего или мыслительного (по И.П. Пав-лову).

Приведенные выше последовательные этапы развертывания воображения условны. Процесс воображения един, и выявленные отдельные его этапы могут "перекрывать" друг друга, а нередко и выпадать.

Выделяют три вида воображения: творческое, мечта и воссоздающее. При творческом воображении создаются образы, не существующие в данное время (Кювье по одной кости выстраивал образ несуществующего в данное время животного). Происходит вычленение элементов и свойств, комбинирование их в целостный образ, причем мохут соединяться части, присущие разным объектам (русалка, кентавр и т.п.). Таким способом могут создаваться религиозно-мистические, сказочные и научно-фантастические образы. Значительную роль занимает фантазия в детских шрах. ,

Мечта - особая форма воображения, как и идеал - образ желаемого будущего - должны быть связаны с жизнью. Несбыточные мечты (грезы) порождают пассивность.

Воображение может и не иметь характера волевого акта. Тогда оно лишено целенаправленности, логичности, не контролируется нашим сознанием, приобретая крайне причудливые и необыкновенные формы. Сюда относятся сновидения ("грезы во сне"), грезы наяву; такое воображение называется пассивным. В прогивоположноть ему активное воображение предполагает участие волевых качеств, определенные этапы волевого процесса, тесное участие эмоций человека, периодическое критическое осмысление образа воображения, его отдельных элементов.

Необходимость активных волевых усилий личности особенно четко выступает в творческом воображении. Оно присуще художникам, поэтам и писателям, музыкантам, инженерам, ученым разных специальностей и другим людям созицатсльного труда. Лишь благодаря чрезвычайно развитому воображению были созданы такие впечатляющие художественные

220

произведения, как Первый концерт для фортепиано с оркестром П.И. Чайковского, "Бурлаки" И.Е. Репина и др.

Другим видом фантазии является воссоздающее (репродуцирующее) воображение. Если при творческом воображении имеется в виду создание нового, доселе неведомого, то репродуцирующее воображение - это процесс образования целостного образа на основании соответствующего описания, как имевшего место в прошлом, так и при непосредственном восприятии содержания этого описания (чтение книги, объяснение).

И если творческое воображение чаще имеет в своей основе ту или иную одаренность, воспитанную и развитую в течение жизни и деятельности, то воссоздающее воображение связано преимущественно со знаниями человека, его опытом и навыками. Именно к запасам знаний апеллирует описание, в соответствии с которым требуется создать определенный образ. Чем шире и богаче знания человека, чем значительнее со стороны прошлого опыта будет "поддержка", тем легче образуется соответствующая конструкция и тем она окажется более точной. Поэтому опытные педагоги, освещая какой-нибудь сложный вопрос, разбирая трудную тему, теорию, стараются создать более или менее красочный образ, проиллюстрировать излагаемое. Делается это для того, чтобы образовать у слушателей яркие представления, которые при необходимости будут ими легко воссозданы и примут участие в процессе репродуцирующего воображения, явятся поддержкой, которая облегчит создание нужного образа.

По силе, яркости, легкости, с которой могут быть вызваны представления, и некоторым другим их качествам люди в значительной степени отличаются друг от друга. При этом имеют значение, как уже сказано, врожденные задатки, одаренность, систематичность, их развитие в дальнейшем, условия воспитания, характер трудовой деятельности и возраст человека. Известно, например, свойство детской психики запечатлевать зрительные образы, особенно если зрительное восприятие сопровождалось действиями с соответствующими предметами.

Развитие воображения должно идти от непроизвольного к произвольному, от воссоздающего к творческому. Воображение способствует развитию чуткости, тактичности, эмпатии - свойств личности, так необходимых в медицинской деятельности. Особое место в клинике занимает воображение бального, которое мало изучено.

2. НАРУШЕНИЯ ВООБРАЖЕНИЯ

Знание основных особенностей и видов воображения необходимо будущему психологу и педагогу, а также врачу в силу самых различных обстоятельств и прежде всего для того, чтобы принести пациенту наибольшую пользу. Всесторонне изучив личность больного человека, особенности его нервной системы, реакций, своеобразие взаимоотношений сигнальных систем, коры (сознательного) и подкорки (неосознаваемого), медицинский

221

психолог (врач) может предположить, что предстоящее, например, оперативное вмешательство весьма волнует пациета, хотя внешне это как будто бы ни в чем не проявляется. Воображение больного рисует ему и картину патологии того или иного органа, и обстановку, и ход операции, и возможные последствия и т.п., причем все это нередко в весьма искаженном, неправильном виде. Тем не менее (скорее, даже тем более!) воображаемые образы, идеи рождают соответствующие чувства - опасения, страха, сомнения и пр. В этом случае врач (и медицинский психолог) обязаны тактично "проникнуть" в мысли пациента, сделать так, чтобы он откровенно поведал о своих представлениях и переживаниях, которые занимают его воображение. Сообразуясь с интеллектуальным уровнем пациента, пользуясь методами разъяснения, убеждения и внушения, необходимо настраивать пациента на определенный лад, направлять его воображение по иному пути, вселять уверенность в благополучном исходе заболевания, возможных оперативных вмешательств и т.д.

Но воображение может принимать и патологические формы, причем больной будет верить в созданные им фантастические идеи и образы. В этом одна из причин

возникновения детской лживости и лживости психопатических личностей. У последних отдельные конфабуляции - воображаемые факты, субъективно переживаемые как истины, часто переходят в псевдоло-гич. Сверхценные, навязчивые и бредовые идеи, являющиеся патологией мышления, тесно связаны и с патологией воображения.

У психопатических личностей описаны (Бирнбаум, Маньян и др.) бредоподобные фантазии - нестойкие и изменчивые, похожие на бред представления, нередко с фантастическим содержанием, не складывающиеся в определенную бредовую систему. Эти фантазии возникают остро, в ответ на неблагоприятную для личности ситуацию, и должны правильно оцениваться, особенно в случаях судебных экспертиз.

П.Б. Ганнушкиным (1933) у психопатических личностей описаны также трудно отличимые в практической деятельности от бредоподобных фантазий грезы наяву. По мнению В.М. Блейхера, И.Я. Завилянского, И.В. Крук и Л.И. Завилянской (1989), эти два психопатологических проявления имеют единую основу и представляют собой, по сути, различную степень выраженности одной и той же симптоматики. Основным критерием их разграничения является отношение больного к своим переживаниям: при грезах наяву возможно корригировать переживания больного, а при бредоподобных фантазиях такие коррегирующие вмешательства не имеют должного результата.

Вместе с тем вне патологических отклонений фантазия имеет огромное значение в деятельности человека. Фантазия - качество величайшей ценности. Поэтому будущие психологи, педагоги, врачи должны постоянно развивать в себе способность к воображению, умение свободно манипулировать своими представлениями, оживлять их при необходимости и использовать в практической деятельности.

222

3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВООБРАЖЕНИЯ

В области исследования воображения до настоящего времени нет достаточного количества направленных и апробированных экспериментальных работ.

Качественные особенности воображения исследуют при помощи методики Роршаха (Rorschach, 1920) - одной из наиболее объективных и сложных методик психодиагностики.

Тест Роршаха состоит из 10 таблиц стандартного размера, на которых на белом фоне напечатаны симметричные пятна. Пять таблиц содержат пятна черного и различных оттенков серого цвета, две таблицы - пятна красного и серого цвета, три таблицы - многоцветные пятна.

Испытуемого просят сообщить,что он видит на таблице в разгляды-ваемых пятнах, при этом ему предоставляется полная свобода фантазии.

Анализ ответов при использовании методики Роршаха в психодиаг-ностике личности стандартизирован и очень сложен. Однако для экспериментального изучения лишь способности к воображению можно пользоваться следующей формой протокола и получаемые ответы оценивать качественно: 1. Порядковый номер таблицы. 2. Словесные реакции испытуемого, сопровождающие исследование. 3. Количество ответов.
4. Время ответов. 5. Характер ответов (а - геометрические фигуры, б - животные, в - растения, г - неживые предметы, д - действия, е - прочее, ж - отсутствие образов воображения). 6. Примечания. При фиксации характера ответов подробно записывают все их детали.

С помощью теста Роршаха можно наглядно различить воображение здоровых и больных людей; для последнего характерно наличие множественных необычных образов, отражающих особенности нарушенной эмоциональности - привидения, демоны, образы смерти и т.п.

С известными допущениями для исследования особенностей воображения могут быть использованы Тематический апперцептивный тест (ТАТ), методика заполнения пропущенных мест в тексте (соответственно возрасту и уровню образования испытуемого), методика пунктирных изображений с недостающими деталями и т.д.

В изучении воображения (особенно творческого) важное место занимает метод естественного эксперимента - игры, рисование, литературное и иное творчество и т.п.